

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

Bc. Hana Pešková

SYNDROM VYHOŘENÍ U PRACOVNÍKŮ RANÉ PÉČE
Diplomová práce

Olomouc 2014

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Syndrom vyhoření u pracovníků rané péče vypracovala samostatně a citovala jsem všechny použité zdroje.“

V Olomouci dne 8. 6. 2014

.....

Na tomto místě bych chtěla poděkovat doc. Mgr. et. PaedDr. Janu Michalíkovi, Ph.D. za odborné vedení této diplomové práce a všem poradcům rané péče, kteří se podíleli na realizaci průzkumu.

Obsah

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Náročné životní situace a jejich zvládnání.....	7
1.1 Frustrace	7
1.2 Konflikt	9
1.3 Stres.....	11
1.4 Strategie zvládnání stresu a náročných životních situací	13
1.5 Náročná životní situace v zaměstnání	16
2 Pomáhající profese a jejich specifika	18
2.1 Osobnost pracovníka v pomáhající profesi	18
2.2 Pomáhající profese a etické zásady	20
2.3 Vztah pracovníka a klienta	22
3 Syndrom vyhoření	26
3.1 Vymezení pojmu	26
3.2 Příčiny syndromu vyhoření.....	27
3.3 Projevy a průběh syndromu vyhoření	29
3.4 Syndrom vyhoření a jeho prevence	32
4 Raná péče	36
4.1 Vymezení pojmu	36
4.2 Charakteristika a průběh služby.....	36
4.3 Poradce rané péče.....	41
4.4 Historický vývoj rané péče v České republice.....	42
4.5 Raná péče v Evropě a ve světě	43
PRAKTICKÁ ČÁST	47
5 Průzkumné šetření	47
5.1 Cíle a hypotézy práce	47
5.2 Metoda sběru a vyhodnocení dat.....	48
5.3 Prezentace výsledků	48
5.4 Vyhodnocení a závěry průzkumného šetření	66
ZÁVĚR.....	69
Seznam použitých zdrojů.....	71
Seznam příloh.....	75
ANOTACE.....	80

ÚVOD

Během svého vysokoškolského studia zaměřeného na speciální pedagogiku raného věku, jsem se setkala s mnoha radami zaměřenými na kvalitní a efektivní práci s lidmi, kteří se dostali do nelehké životní situace, neboť se jim narodilo dítě s postižením. Podobná skutečnost do určité míry jistě změní život každému, kdo se do ní dostane. V takovém okamžiku je bezesporu velmi důležitý pocit, že je na blízku někdo, kdo se v těchto situacích umí orientovat a má s nimi zkušenost. Takovýmto pomocníkem s lidským a zároveň profesionálním přístupem by měl být poradce rané péče. Měl by porozumět dítěti a jeho konkrétním potřebám, pomáhat mu v jeho všestranném rozvoji, stát po boku rodičů a pomáhat jim zvládat jejich nelehký úkol. Kromě toho by se měl orientovat v právních záležitostech spojených s problematikou zdravotního postižení, zvládat administrativní úkony spojené s procesem poskytování sociálních služeb a jiné pracovní povinnosti. V úvahu je třeba vzít také osobní život pracovníků, neboť mnoho z nich jsou rodiči, partneři, přáteli aj. Každá z těchto rolí si žádá určitou míru vynaložené energie a je zřejmé, že pracovníci v pomáhajících profesích vynakládají energii opravdu hodně, což může mít za následek pocity únavy a vyčerpání vedoucí až onemocnění zvaném syndrom vyhoření. Tato práce se zabývá mírou ohrožení poradců rané péče právě tímto syndromem.

Syndrom vyhoření začíná nenápadnými příznaky, kterým většina lidí nevěnuje příliš velkou pozornost do doby, než se stanou opravdu závažnými. Těmto stavům lze však poměrně efektivně předcházet a zabránit tak nežádoucím změnám v profesním i osobním životě. Autorka práce se domnívá, že chránit sám sebe a dbát na svou duševní pohodu, by mělo být povinností každého pracovníka, jež působí v pomáhajících profesích, neboť co sám nemá, nemůže předat ostatním. K psychické rovnováze spojené s výkonem zaměstnání do velké míry souvisí také zajištění vhodných pracovních podmínek ze strany zaměstnavatele. Tato práce mimo jiné zjišťuje názor poradců rané péče na situaci v jejich organizaci spojenou se zajištěním takovýchto podmínek jako je například finanční ohodnocení, poskytování odborné supervize apod. Cílem bylo také porovnat míru ohrožení syndromem vyhoření u těchto pracovníků a jiných pracovníků v pomáhajících profesích, u kterých byl již proveden průzkum prostřednictvím stejné metody.

Diplomová práce vznikala v průběhu října 2013 – června 2014, autorka k jejímu zhotovení použila řadu odborných pramenů zabývajících se problematikou náročných životních situací, syndromem vyhoření, osobností pracovníka v pomáhající profesi a zdroje obsahující informace o rané péči jako službě, její historii apod.

Praktickou část tvoří průzkum situace zaměřený na zjištění míry ohrožení poradců rané péče syndromem vyhoření a to prostřednictvím standardizovaného dotazníku Burnout Measure. Zjištěná míra ohrožení je následně srovnávána s mírou ohrožení u pracovníků jiných pomáhajících profesí. Druhá část dotazníku je zaměřena na konkrétní otázky spojené s výkonem profese poradce rané péče. Práce se dále zabývá souvislostmi mezi mírou ohrožení a vybranými faktory.

Získaná fakta mohou posloužit jako samotným pracovníkům, tak všem, kteří se o tuto problematiku zajímají, včetně vedoucích pracovníků, jež mohou do určité míry pozitivně ovlivnit podmínky výkonu této profese tak, aby byla přínosná jak pro samotné pracovníky, tak pro ty nejpotřebnější – její klienty. Výsledky průzkumu lze použít také jako základ pro případné hlubší zpracování této problematiky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Náročné životní situace a jejich zvládnání

1.1 Frustrace

Frustračními označujeme takové situace, kdy je úsilí dosáhnout cíle nějakým způsobem blokováno. Mluvíme tedy o jakési překážce, která není však tak závažná, aby nebylo možné cíle dosáhnout pomocí jiných metod či variant (Čačka, O. 1997). Nakonečný (2011) nevnímá frustraci jako blokádu, vyskytující se na cestě při dosahování cíle, ale jako překážku, která nebyla nebo není překonána, je setrvávající a významná, čímž vyvolává v člověku pocit napětí, vnitřního neklidu – stav frustrace. Cofer a Appley in Nakonečný (1996) definují frustraci jako označení tří jevů – vnější situace blokující dosažení cíle, vnitřní psychický stav, který je touto situací vyvolán a způsoby chování, jež mají příčinu v existenci této situace a psychickém stavu, který je touto situací vyvolán a prostřednictvím kterých se jedinec snaží se situací vyrovnat.

Příčiny frustrace lze rozdělit na *subjektivní* a *objektivní*. Subjektivní překážkou rozumíme omezení vycházející z psychického nastavení člověka jako je například nízké sebevědomí. Objektivní příčinu lze jinak označit jako vlivy prostředí jako je nedostatečné množství prostředků, apod. (Čačka, O. 1997). Nakonečný (2011) rozděluje příčiny frustrací na *psychické* a *fyzické*. Zároveň rozlišuje zvláštní případ frustrace, tzv. *reaktanci*, která vzniká jako reakce na omezování osobní svobody jinými lidmi, například prostřednictvím nepřiměřeného přemlouvání k určitému jednání. Další případ představuje tzv. *existenciální frustrace*. V tomto případě se jedná o velmi závažný stav vzniklý ztrátou životního smyslu, jež může vést až k sebevraždě. Homola (1972) uvádí konkrétnější rozdělení zdrojů frustrace. Patří mezi ně:

- odkládání uspokojení
- nedostatky v uspokojení některých motivů
- ohrožení potřeb
- ztrátu hodnot
- neúspěchy
- vyvstávání pocitu viny
- příznivé sociální vlivy
- nepříznivé vlastnosti osobnosti
- konflikty

Odkládání uspokojení je možné pozorovat v běžných činnostech každodenního života. Jedná se o případy, kdy bychom něco chtěli, na něco čekáme apod. (autobus nejede tak, jak bychom potřebovali, nemůžeme najít klíče apod.). Ze zkušenosti lze ale říci, že se jedná pouze o oddálení uspokojení potřeby, ke kterému později většinou dojde. O *nedostacích v uspokojování* mluvíme v souvislosti s faktem, že lidé mnohdy ač dosahují uspokojení svých potřeb, chtějí stále více a nejsou spokojeni se současným stavem věcí. *Ohrožení potřeb* je spojeno s učením různého charakteru, kdy na jedince neustále působí pravidla a regulace chování. *Ztráta hodnot* je charakteristická ztrátou něčeho, na čem člověku velmi záleželo, jedná se tedy o smrt blízkého člověka, rozpad manželství, ztrátu zaměstnání apod. *Neúspěchy* lze definovat jako překážky, které člověku brání v dosažení jeho cílů. Příčiny mohou být vnitřní nebo vnější dle charakteru neúspěchu. Neúspěchy bývají tím nebezpečnější, čím více se opakují, neboť ohrožují pocit vlastní ceny jedince. Mezi *sociální vlivy* řadíme například nedostatek společenského uznání, obavy z válek, ekonomická nestabilita apod. *Nepříznivými vlastnostmi* osobnosti autor nazývá jak vlastnosti fyzické (malý vzrůst, tělesné postižení apod.), tak vlastnosti psychické (dostatečné sebevědomí atd.).

Jelikož stav frustrace vyvolává v jedinci stav vnitřní nepohody a napětí a s tím spojený pocit osobního selhání, odpovídá na něj organismus obrannými reakcemi. Těmito obrannými reakcemi máme na mysli:

- agresi
- náhradní uspokojení
- regresi
- regresi spojenou s agresí

Agrese se v souvislosti s reakcí na stav frustrace projevuje snahou o násilné odstranění překážky, jež stojí v cestě úspěšného dosažení cíle. V případě, že tuto blokádu představuje nějaká osoba, může se agresivní reakce projevit útokem a tuto osobu. *Náhradí uspokojení* neboli kompenzace představuje pokus o vyhnutí se pocitu frustrace. Kompenzaci lze demonstrovat například na tomto konkrétním příkladě – muž, jemuž se nepodařilo získat pozornost vyhlédnuté ženy, se zaměří a získání pozornosti jiné ženy jen proto, aby se vyhnul pocitu osobního neúspěchu. *Regresi* lze definovat jako primitivní jednání či infantilní nápady vedoucí k překonání frustrace. Společně s regresivní obrannou reakcí se může objevit také agrese (Nakonečný, M. 2011). Balcar (1983) definuje jako odezvu na frustraci následující reakce:

- emoční vzrušení
- únik
- ustrnutí
- přizpůsobení překážce
- útok či agresi

Emoční vzrušení je dle autora reakcí na silnou frustraci. Projevuje se buď vynaložením ještě většího úsilí k dosažení požadovaného cíle či naopak nesoustředěností, roztěkaností, chvěním apod. S únikovou reakcí jdou ruku v ruce pocity úzkosti a strachu. *Únik* se dle autora projevuje několika způsoby – vzdálením se od překážky i cíle, obranným zkreslením skutečnosti a fantazijním uspokojením. *Ustrnutí* je popisováno jako reakce na zvlášť silnou frustraci, kdy je objekt k cíli příliš připoutá na to, aby jej dokázal opustit. Ustrnutí brání člověku v konstruktivním řešení situace. Projevuje se například opakovanými způsoby dosažení cíle i přesto, že jsou neúspěšné, této jev označujeme jako stereotypii. Dalšími formami ustrnutí jsou regrese a netečnost neboli rezignace. *Přizpůsobení se překážce* je spojeno s vytrvalostí v úsilí o překonání této překážky, hledání náhradního způsobu překonání překážky nebo hledání náhradního cíle. *Agrese* má dle autora instinktivní charakter, její výskyt je však do značné míry ovlivněn učením.

V souvislosti s frustrací rozlišujeme pojem *frustrační tolerance*. Čačka (1997) definuje tento termín jako individuální odolnost, po kterou je jedinec schopen pociťované vnitřní napětí ještě zvládat tak, že nevede k nepřizpůsobivým reakcím. Podle stejného autora závisí výška této meze na temperamentu a inteligenci, typu výchovy, stavu organismu, věku a dalších faktorech. Nakonečný (2011) píše o frustrační toleranci jako o míře odolnosti člověka vůči frustraci. Autor poznamenává, že kolektivní frustrace (vystavení většího množství lidí stejné příčině frustrace) je obecně lépe snášena než frustrace individuální. Dlouhotrvající frustrace může vyústit až v tzv. neurotizaci, jež se projevuje poruchami v oblasti psychických i somatických funkcí.

1.2 Konflikt

Podle Homoly (1972) stojí za vznikem konfliktu současné působení dvou neslučitelných motivů. Tento stav může vést k frustraci, jestliže trvání konfliktu brání v uspokojení cíle. Nakonečný (2011) definuje konflikt jako zvláštní případ frustrace, kde konflikt představuje rozhodování se mezi dvěma či více různými tendencemi. Tento

typ konfliktu dle autora spadá do roviny obecně psychologické. V souvislosti s rovinou sociálně psychologickou rozlišuje autor konflikt jako střet zájmů v mezilidských vztazích. Podle stejného autora činí konflikt frustrujícím především to, že uvádí jedince do náročného stavu rozhodování, který navíc vyvolává pochybnosti o jeho správnosti.

Lewin i Nakonečný (2011) rozlišuje následující typy konfliktu:

- apetence – apetence
- averze – averze
- apetence – averze
- konflikt dvojí apetece – averze

Apetence – apetence představuje rozhodování se mezi dvěma objekty, které jsou pro jedince přibližně stejně přitažlivé. Tento typ konfliktu autor označuje jako nejlehčí, východisko spočívá v prostém výběru mezi dvěma přitažlivými předměty. Homola (1972) vnímá tento typ konfliktu rovněž jako jednoduchý. Volba mezi dvěma přitažlivými objekty je však dle autora tím obtížnější, čím více je člověk vnímá jako stejně významné a pro jedince žádoucí. *Averze – averze* představuje konflikt mezi dvěma stejně nepříjemnými situacemi a je tak Nakonečným (2011) označován jako nejtěžší typ konfliktu. Dle Homoly (1972), jenž označuje tento typ konfliktu jako *minus – minus*, je tento typ pro člověka nebezpečný zejména tehdy, opakuje – li se stále dokola, což může vést až k neurotickému chování. *Apetence – averze* představuje případ, kdy se jeden objekt stává zároveň přitažlivým i odpudivým. V souvislosti s tímto typem konfliktu zmiňuje Nakonečný (2011) Brownův pokus s krysami, kdy zvířata a stejném místě obdržela zároveň potravu i elektrický šok. Krysy měly na těle připevněný mechanismus, který měřil sílu jejich pohybu směrem k cíli i od něj. V souvislosti s tímto pokusem bylo mimo jiné zjištěno, že tendence k dosažení cíle roste s blízkostí tohoto cíle. *Konflikt dvojité apetece a averze* demonstruje stejný autor na následujícím příkladu (pro označení apetence je použito znaménko +, averzi zastupuje znaménko -): dívku, jež dosud neměla pohlavní styk, láká společně strávená noc s jejím partnerem (+), má strach z neznámé situace (-), chtěla by ve svém osobním vývoji pokročit dopředu (+), zároveň má strach z možných následků, např. otěhotnění (-). Jedná se o velmi častý typ konfliktu.

1.3 Stres

„Stresem rozumíme stav, kdy je působením fyzických nebo psychologických vlastností podnětové situace jedinec vystaven takovým nárokům, které obvyklými způsoby své činnosti nezvládá a je nucen (ke svému neprospěchu nebo škodě) uplatnit další, mimořádné způsoby vyrovnávání s nimi“ (Balcar, K. 1983, s. 127). Čačka (1997) popisuje stres jako určitý stupeň frustrace, kdy je konstruktivní adaptace jedince na tuto situaci nemožná, důsledky stresové situace se pak odráží na zdravotním stavu člověka, který je stresu vystaven. Nakonečný (2011) vnímá stres jako tělesné či duševní přetížení člověka. Helus (2011) označuje stres jako zátěž, která může svou intenzitou přesáhnout síly jedince takovouto situaci zvládnout.

Stres může být prožíván negativně, pak mluvíme o tzv. *distresu*, v případě souvisejících pozitivních emocí o tzv. *eustresu* (Nakonečný, M. 2011). Barnarová in Mayerová (1997) definuje eustres jako příjemný druh stresu, který jedinec prožívá při zábavě, sportu, sexu a erotice. Distresem autorka nazývá stres nepříjemný, obecně se mu jedinec vyhýbá. Nakonečný (2011) dále rozlišuje tři typy stresových situací:

- fyzický stres
- psychický stres
- sociální stres

Mezi příklady *fyzického* stresu lze zařadit například vliv velmi hlučného pracovního prostředí, zdravotní stav jako důsledek nějakého úrazu apod. *Psychický* stres lze demonstrovat pomocí následujících příkladů: úmrtí blízké osoby, časová tíseň spojená s plněním důležitého úkolu apod. Homola (1972) popisuje psychický stres jako stav organismu, který nastává v souvislosti se situací, kterou jedinec vnímá jako ohrožení jeho psychické rovnováhy a tuto situaci vyhodnotí jako potřebu shromáždit veškerou svou energii k obraně. *Sociální* stres je ovlivněn jednáním dalších jedinců – nevyhovující manželství, šikana apod. Podle Nakonečného (1996) ke vzniku stresových situací značně přispívá moderní způsob života, se kterým je spojen spěch, nejistota, úzkost, odlidštění apod. Autor zmiňuje spojení stresových stavů s chronickou úzkostí, potlačovaným vztekem, problémy v mezilidských vztazích, problémy spojené se zaměstnáním, zvyšováním nároků na jedince, dnes tak značně rozšířenou nezaměstnaností apod. Zvláštním druhem stresu označujeme tzv. *posttraumatický stres*, jímž se rozumí stav, jehož příčinou je vzpomínka na velmi silnou šokující událost (znásilnění, týrání, autonehoda apod.). V případě nezpracování takového zážitku může

mít vzpomínka na stresující událost přetrvávající charakter a nést s sebou psychické důsledky (frigidita, úzkostná porucha aj.) (Nakonečný, M. 2011).

Homola (1972) definuje proces vývoje stresové situace následovně (řazeno chronologicky):

- vzrůst celkové aktivity jednání
- postupné zhoršení kvality výkonu, jedinec přechází od snahy dosáhnout cíle ke snaze o vlastní sebeobranu
- celkové rozrušení chování
- jedinec pociťuje nemožnost efektivně reagovat na okolí

Selye in Balcar (1983) rozlišuje následující stadia reakce organismu a stresovou situaci, která označuje termínem *obecný adaptační syndrom* (řazeno chronologicky):

- poplachová reakce
- stadium odporu
- stadium vyčerpání

Poplachovou reakcí rozumíme aktivování obranných reakcí organismu. V případě, že tato reakce nedokáže vliv stresoru zastavit, následuje stadium *odporu*. Stadium odporu je charakteristické aktivací tělesných funkcí organismu. Pokud ani tento stav nedokázal stres zmírnit, přichází stadium *vyčerpání*. Se stadiem vyčerpání je spojen proces rozšiřování obranných reakcí a stále širší okruh tělesných funkcí. Je – li i tato reakce v boji se stresem neúspěšná, nastává celkové vyčerpání, které může vést až ke smrti jedince. Salye na základě svých pozdějších výzkumů vyčlenil následující tři fáze vyrovnávání organismu se stresovou situací:

- šok
- rezistence
- vyčerpání

V případě *šoku* se jedná o poplachovou reakci na působící stresor. Reakce je doprovázena fyziologickými projevy, jako jsou - zrychlení srdeční činnosti a dechové frekvence, zároveň dochází ke zpomalení tělesných funkcí s déletrvávajícím průběhem – trávení, spánek apod. Stadium *rezistence* je charakteristické stupňující se fyziologickou aktivací za účelem vypořádání se se stresovou situací. *Vyčerpání* nastává v případě dlouhodobého stresu, kdy už není schopen zátěži déle odolávat, což může mít za následek například ischemické srdeční choroby či zúžení tepen vedoucí až k infarktu (Helus, Z. 2011).

Organismus reaguje na stresovou situaci řadou fyziologických změn, mezi které lze zařadit žaludeční krvácení, úbytek na váze, podráždění kůry nadledvinek apod. (Homola, M. 1972). Čačka (1997) k výše zmíněným příznakům dále přidává hypertenzi, postižení funkce slinivky, žlučníku, žaludeční vředy, infarkt apod. Prvním příznakem je dle autora oslabení nervové soustavy, jež se projevují bolestí hlavy v oblasti čela a spánků, zvýšenou unavitelností, pocity neurčitě závratě, slabostí v dolních končetinách, třes rukou, spavost během dne a zároveň poruchy spánku v noci, zvýšená emocionální labilita, změny nálad apod. Cooper in Nakonečný (1996) uvádí kromě výše zmíněných další tělesné symptomy jako zvýšení hladiny cholesterolu v krvi, vypadávání vlasů, zvýšená produkce potu, koronární srdeční choroby, diabetes aj. Mezi projevy výše zmíněného posttraumatického stresu patří děsivé sny spojené s nepříjemným zážitkem, únava, úzkostné stavy, poruchy psychiky (Nakonečný, M. 2011).

1.4 Strategie zvládání stresu a náročných životních situací

Pokus o zvládnutí stresu je dle Nakonečného (2011) obecná reakce na stres, která spočívá v nasazení kognitivního, emocionálního a rovněž behaviorálního potenciálu jedince, jež je stresu vystaven. Autor rozlišuje zvládání stresu orientované *instrumentálně* a *emocionálně*. V prvním případě se jedná o promyšlenou aktivitu, která si zároveň klade za cíl situaci vyřešit. Emocionální zvládání stresu vychází z vnitřního zpracování situace.

Feldman in Nakonečný (2011) uvádí následující efektivní strategie zvládání stresu:

- odvrácení od hrozby výzvou
- zmenšení hrozby situace
- změna vlastních cílů
- začít fyzickou akcí
- příprava na stres před samotným začátkem stresu

V případě *odvrácení hrozby výzvou* představuje stresová situace jakýsi apel ke sebezdokonalení. Autor uvádí příklad člověka, který se po několikáté poruše svého auta rozhodla absolvovat kurz automechanika. *Zmenšení hrozby situace* spočívá ve změně náhledu na stresovou situaci, hledání pozitivního přínosu za negativních podmínek. *Změnou vlastních cílů* rozumíme přehodnocení situace a vytyčení si nových cílů, kterých je možné v souvislosti s touto novou situací dosáhnout. *Začít fyzickou akcí*

znamená zmírnit doprovodné symptomy stresových situací (zvýšená srdeční činnost, dechová frekvence) pravidelným cvičením. *Přípravou na stres* se rozumí předvídání situace a zvážení možností, které s sebou může přinést.

Hayes (2003) uvádí v souvislosti s problematikou zvládnání stresu teorii označovanou jako *centrum vnitřní a vnější kontroly*. Jedinec s vnitřním centrem kontroly věří, že to, co se děje v jeho životě, je schopen kontrolovat. Jinak vnímá životních situace ten s vnějším centrem kontroly, podle kterého má nad vším kontrolu někdo jiný a on sám situaci není schopen nijak ovlivnit. V souvislosti s tímto přesvědčením bývají jedinci s vnějším centrem kontroly více frustrovaná s častějšími pocity bezmoci. Autor dále zdůrazňuje roli *pozitivního myšlení* v boji proti stresovým situacím. Optimisticky naladěni lidé se podle něj vyrovnávají s každodenními těžkostmi mnohem lépe než pesimisti.

Halomenová a Santrock in Nakonečný (2011) považují za základní strategie zvládnání stresu následující:

- strategii aktivně – kognitivní
- strategii aktivně – behaviorální
- strategii vyhýbání se

Aktivně – kognitivní strategií rozumíme nacházení pozitivních alternativ, *strategie aktivně – behaviorální* spočívá v realizaci činností pozitivního charakteru, které pomáhají stres odbourat (cvičení, rozhovor s přáteli apod.). Naproti tomu strategií *vyhýbání se* označujeme uchýlování se k nežádoucímu chování (konzumace alkoholu, drog, izolace od společenského života apod.).

Dle Nakonečného (2011) se na zvládnání stresu významnou měrou podílejí faktory osobnosti jedince, jež stresovou situací prochází. Autor rozlišuje následující tři typy osobnosti:

- *typ A*, který doprovází následující vlastnosti: tvrdě pracující, zaměřený na soutěžení, zatížený nepřátelskými postoji, více náchylný ke stresu
- *typ B*, pro který jsou charakteristické: vnitřní vyrovnanost, rozvážnost, přiměřená aktivita, relativní odolnost vůči stresu
- *typ C*: utlumený, emocionálně labilní, nedostatečně vytrvalý, málo odolný vůči stresu

Míček (1984) uvádí následující složky životosprávy, jejichž kvalita a kvantita se odráží v míře životní pohody jedince a schopnosti čelit stresovým situacím:

- spánek
- výživa
- správné dýchání
- odpočinek
- pohyb a cvičení
- hospodaření s časem
- odstraňování zlovyků

V souvislosti se *spánkem* autor apeluje na dodržování dostatečné doby potřebné ke spánku, která činí asi 6 - 8 hodin denně. Upozorňuje na fakt, že kvalita spánku je dána charakterem předchozího dne, nelze tedy docílit kvalitního spánku, nedojde – li k určité míře uvolnění. Autor doporučuje neřešit vážné či stresující záležitosti těsně před spaním a chodit spát v určitou hodinu. Velký význam je přikládán *výživě*, která se podílí na stavu duševní rovnováhy i celkové výkonnosti a kvalitě života člověka. Zvláštní význam přikládá *odpočinku*, který by se měl stát nedílnou součástí duševní hygieny, důležité je dbát na správnou podobu odpočinku.

Honzák (2013) radí řídit se v životě následujícími pravidly, jejichž dodržováním je možné lépe zvládat obtížné situace:

- věřit ve své schopnosti
- hledat smysl života v mezilidských vztazích, nikoli v materiálních hodnotách
- vytvořit si okruh přátel, mezi kterými se člověk cítí dobře
- vytvářet pozitivní vztah ke změnám, obměňovat zaběhané postupy jednání
- snažit se o optimistický pohled na věc
- učit se o sebe pečovat a věnovat pozornost svým potřebám
- trénovat své schopnosti řešit problémy, snažit se vymýšlet nová řešení

Velkou pozornost věnuje autor v souvislosti s řešením životních problémů otázce *víry*, která je podle něj jednou ze základních potřeb člověka. Pro věřícího člověka znamená přijetí vyšší existence, tedy Boha, jistou ochranu před nejistotou a chaosem. Věřící lidé tak podle autora lépe čelí stresovým situacím, neboť v nich spatřují vyšší smysl, což jim umožňuje situaci lépe porozumět a vyrovnávání se s ní bývá snazší.

Fontana (1998) zdůrazňuje ve svém díle přínos meditace a relaxačních technik k uvolnění od stresujících situací. Autor předkládá výsledky výzkumu, podle kterých jsou lidé, kteří provádějí nějaký druh meditace či relaxačního cvičení, méně úzkostliví než ti, kteří žádnou podobnou činnost nevykonávají a meditace u těchto lidí rovněž

přispívá ke zlepšení nálady, lepšímu ovládnání emocí a zvýšení všeobecné výkonnosti. Výzkum dále odhalil, že lidé zabývající se meditačními a jinými relaxačními technikami, dosahují vyššího skóre v sebehodnocení.

1.5 Náročná životní situace v zaměstnání

Různému stupni a druhu zátěže člověk čelí přirozeně i při výkonu profese. Jednotlivé stresory vyskytující se při plnění pracovních povinností lze zařadit do následujících kategorií:

- pracovní úkoly a jejich provádění
- fyzikální a biologické podmínky ovlivňující pracovní proces
- podmínky sociálně psychologické vyplývající z interakce mezi lidmi

V souvislosti s *pracovními úkoly* rozlišujeme následující činitele:

- množství zadaných úkolů
- dobu určenou k jejich zpracování
- charakter pracovních úkolů

Časový stres zhoršuje vnímání a koncentraci pozornosti, negativně ovlivňuje emoce, vyvolává neklid a vytváří nepříjemné prostředí. *Fyzikální a biologické podmínky ovlivňující pracovní proces* představují faktory, které souvisí s rizikem pracovních úrazů, nemocí z povolání a jiných vlivů nepříznivě ovlivňující zdravotní stav. Řadíme zde ohrožení mechanické, ohrožení chemickými látkami, elektrickým proudem, biologickými látkami, dále hluk, nevyhovující osvětlení, nevhodné mikroklimatické podmínky aj. Pracovní podmínky velmi značně ovlivňují pracovní výkonnost a mohou zesílit pocit stresu. *Sociálně psychologickými podmínkami* rozumíme například zvýšenou zodpovědnost vůči ostatním lidem, práci v izolovaných podmínkách, nedostatečný způsob hodnocení výsledků, nemožnost dosáhnout pracovního postupu a s tím spojená frustrace apod. (Majerová, M. 1997).

Pugnerová (2006) rozšiřuje klasifikaci stresorů na pracovišti o následující položky:

- míra svobody
- míra kontroly
- očekávání
- neinformovanost

Autorka uvádí, že pro optimální pracovní výkon není vhodná nízká ani vysoká *míra svobody*. Stejně je to i s *mírou kontroly* – častá kontrola probouzí nepříjemné pocity, stejně tak absence jakékoli kontroly, neboť vzbuzuje pocit, že na vykonané práci nezáleží. Stresující jsou také nereálná či nepřiměřená *očekávání*. Prevencí vzniku tohoto případu jsou schopní a dostatečně kompetentní lidé na vedoucích pozicích, kteří vědí, kam organizace směřuje a co je jejím posláním. Těžkosti v prožívání s sebou přináší i *neinformovanost* pracovníků ze strany vedení, patří sem také absence pochvaly, nezájem o osobu zaměstnance apod.

Mayerová (1997) rozlišuje čtyři faktory, prostřednictvím kterých je ovlivňováno prožívání pracovního stresu:

- vnímání situace pracovníkem
- dřívější získané zkušenosti pracovníka
- přítomnost a absence sociální podpory
- individuální rozdíly v interakci na stres

Vnímání situace pracovníkem je velice individuální záležitost, neboť každý může vnímat tutéž situaci více či méně jako stresovou. Vnímání je podmíněno mnoha dalšími faktory, jako jsou osobnostní předpoklady, minulé zkušenosti, věk apod. *Dříve získané zkušenosti pracovníka* ovlivňují vyhodnocení situace pracovníkem a přijetí určitého postoje k ní. Na základě minulého úspěchu či neúspěchu v konfrontaci s podobnou situací zaujme pracovník k situaci patřičný postoj. *Sociální podpora* může mít značný vliv na prožívání stresových situací a s ním souvisejícím chováním. V kritických situacích se může stát velmi pozitivním prvkem. Naopak absence sociální podpory může vést k pocitům úzkosti a beznaděje. *Individuálními rozdíly v interakci na stres* rozumíme rozdílné nahlížení pracovníků na stresové situace, stejnou situaci může jeden pracovník vnímat jako silně stresovou, jiný ji nepřikládá větší význam.

2 Pomáhající profese a jejich specifika

2.1 Osobnost pracovníka v pomáhající profesi

Pomáhajícími profesemi rozumíme skupinu povolání, založených na odborné pomoci druhým lidem. Do této kategorie tedy řadíme zdravotnické pracovníky, pedagogické pracovníky, pracovníky sociální, psychology, terapeuty aj. Tato skupina povolání vykazuje určité společné znaky, které je zároveň odlišuje od povolání jiných. Patří mezi ně například vztah mezi klientem a pracovníkem nebo zapojení vlastních složek osobnosti do pracovního procesu (Géringová, J. 2011).

Velkou roli ve výkonu pomáhajících profesí přirozeně hraje osobnost pomáhajícího pracovníka. Čechová a kol. (1997) se ve svém díle zabývají předpoklady pro výkon profese zdravotní sestry. Body, které v souvislosti s tímto tématem uvádějí, se však dají zobecnit na výkon všech pomáhajících profesí. Autorky uvádějí následující osobnostní předpoklady:

- seberealizace
- inventář vhodných vlastností
- míra sociální zralosti
- vliv primární rodiny
- empatie
- sebepoznání

Seberealizaci autorky spojují s osobním pocitem pracovníka, že dokáže splnit očekávání svých klientů. V případě, že je pracovník ze strany klientů kladně hodnocen, přináší mu tento fakt pocit seberealizace. *Inventář vhodných vlastností* nelze dle autorek podrobně specifikovat neboť na otázku – jaké vlastnosti by měl pracovník mít - neexistuje jednoznačná odpověď. Pro tento účel lze však uvést obecně známé kladné lidské vlastnosti, jako jsou citové zralost, loajálnost, spolehlivost, tolerance, taktnost, srdečnost apod. *Sociální zralost* v tomto případě zahrnuje orientaci na potřeby druhých, míru nezávislosti vůči autoritám, přiměřené sebehodnocení, schopnost spolupráce a schopnost nést odpovědnost za druhé. Vývoj člověka do značné míry ovlivňuje jeho *primární rodina*, která mu mimo jiné předává systém hodnot, podobu vztahu k druhým lidem, rozvíjí v něm míru *empatie* a učí jej reagovat na okolí. *Sebepoznávání* neboli práce na sobě samém rozvíjí v člověku vlastnosti vhodné k práci s druhými lidmi,

člověk se učí poznávat své reakce, vyznat se v sobě a uvědomit si, co může nabídnout ostatním, což je práce na celý život.

Mühlpachr (2006) doplňuje výčet potřebných osobnostních předpokladů o následující:

- přirozený takt
- etický zájem
- citlivost
- upřímnost
- ušlechtilost
- lidskost

Tyto vlastnosti jsou dle autora nezbytné k výkonu pomáhajících profesí, neboť na nich je založeno umění jednat s člověkem, jehož situace si vyžaduje odbornou pomoc a řešení.

Dle Vávrové (2012) by měl ideální pracovník v pomáhající profesi disponovat těmito sociálními dovednostmi:

- sebeuvědomění
- sebeovládání
- motivace
- empatie
- společenská obratnost

Sebeuvědomění autorka představuje jako umění vážit si sám sebe, realisticky odhadovat své možnosti, naslouchat druhým a snažit se porozumět jejich motivům jednání. *Sebeovládání* obnáší usměrňování vlastních emocí, vyvarování se ukvapených závěrů. Pracovník v pomáhající profesi by se měl naučit odstupu od problémů, citového odpoutání se, odložit uspokojování vlastních zájmů a vrovnat se s emoční zátěží. *Motivací* se rozumí snaha o neustálé zlepšování, usilování o dobré výkony, využívání příležitostí zachování si nadhledu. Jak už bylo řečeno, o *empatii* mluvíme v souvislosti s porozuměním potřebám druhým, umění vcítit se do druhého apod. *Společenskou obratností* chápeme umění vést lidi, vyjednávat s nimi v zájmu spolupráce na problému apod.

Guggenbühl-Craig (2007) rozvíjí ve své publikaci úvahu, že psychika pracovníků v pomáhajících profesích musí být velmi specifická. Obecně se totiž lidé snaží utrpení a problémů ostatních lidí vyhnout, nejedná – li se o jejich nejbližší či

nejsou sami součástí této situace. Dle autora fascinují pracovníky pomáhajících profesí polaritu lidstva, jako jsou například sociálně přizpůsobivý – sociálně selhávající jedinci. Problematikou polarit v souvislosti s výkonem pomáhajících profesí se zabývá také Géringová (2011), která vysvětluje, že ve vztahu k různým společenským jevům se člověk ztotožňuje s jednou jeho polaritou (např. sociálně přizpůsobivý – sociálně selhávající). K opačné polaritě pak zaujme patřičný postoj, který se odráží buď v roli pronásledovatele, nebo ochránce podle toho s jakou polaritou se ztotožnil. Lidé vykonávající pomáhající profese mají zřejmě citelnější potřebu se v roli zachránce angažovat.

Kromě osobnostních předpokladů nelze pominout také význam profesní přípravy, potřebné ke kvalitnímu pracovnímu výkonu pracovníka pomáhající profese. Odborná příprava je dynamický dlouhodobý proces, prostřednictvím kterého si pracovníci doplňují potřebné znalosti po celou dobu výkonu svého povolání. Géringová (2011) podotýká, že v institucích zabývajících se vzděláváním budoucích pracovníků v pomáhajících profesích, není dostatečně ošetřeno téma rozvoje a budování osobnosti, jako například zvládání stresu a krizových situací, předcházení vyhoření, práci v týmu apod.

Vedle osobnostních předpokladů je k efektivnímu výkonu pomáhající profese potřebná také profesní příprava.

2.2 Pomáhající profese a etické zásady

Etikou v pomáhajících profesích rozumíme jakýsi soubor norem, požadavků a pravidel chování, charakteristických pro výkon pomáhajících profesí. Pracovník na jeho základě jedná s klientem, řeší případná etická dilemata a etické problémy spojené s výkonem profese.

Goldmann (2006) definuje základní etické principy sociální práce následovně (autorka práce se domnívá, že je lze zobecnit a aplikovat na všechny pomáhající profese):

- respektování klienta
- poskytnutí dostatečného prostoru klientovi pro vyjádření
- nezaujatý postoj ke klientovi
- respektování klientova práva na sebeurčení
- zachovávání mlčenlivosti

Respektování klienta spočívá v umění brát a respektovat klienta takového, jaký je a to s jeho pozitivními i negativními vlastnostmi. Na každého klienta má být nahlíženo jako na osobnost s vlastními potřebami, odlišnostmi apod. Klientovi by měl být poskytnut *dostatečný prostor k vyjádření*, což může vést k odhalení jeho problémů. Pracovník by měl umět na klientovy potřeby účelně reagovat. Pracovník by se měl vyvarovat hodnotících soudů a postojů ke společenské úrovni klienta a zaujímat tak ke klientovi *nezaujatý postoj*. *Respektovat klientovo právo na sebeurčení* znamená uznat právo klienta rozhodovat o své situaci svéprávně na základě svého rozhodnutí. Cílem pomáhající profese není donutit klienta k určitému řešení, ale umět mu pomoci zorientovat se ve své situaci a nabídnout mu možnosti řešení této situace. *Zachovávání mlčenlivosti* – informace, které klient pracovníkovi sdělí, jsou důvěrné a bez klientova souhlasu se je nesmí dozvědět jiná osoba (kromě případů, kdy se na pracovníka vztahuje ohlašovací povinnost – pozn. autorky práce).

Výše zmíněné etické zásady lze doplnit o ty, které ve své publikaci uvádí Novosad (2000):

- sebekritika a schopnost sebereflexe
- obětavost pod kontrolou
- odborný zájem/osobní zájem klienta
- zabezpečení citových potřeb pracovníka a ochrana klienta
- kolegalita a otevřenost
- respekt k důvěrnosti informací

Sebekritikou se rozumí uvědomění si vlastních kompetencí a jejich hranic. K profesionalitě pracovníka patří také zvážení svých možností a případné přeposlání klienta kompetentnějšímu kolegovi. Termín *obětavost pod kontrolou* varuje před potlačováním vlastních zájmů na úkol klientových v míře, která může být pro pracovníka nebezpečná. S tímto problémem se setkává řada začínajících pracovníků, hrozí však riziko, že při takovémto jednání pracovník poruší zásadu sebekritičnosti. V případě, že se dostává *odborný zájem do rozporu se zájmem klienta*, je třeba vyvarovat se potřeby v uspokojení zvědavosti pracovníka či jiných jeho psychických potřeb. Takovéto situace mohou klienta nemálo poškodit. Pracovník by neměl být v situaci klienta citově zainteresován, měl by umět své emoce usměrňovat a *zabezpečit tak své citové potřeby*. V případě, že je pracovník konfrontován s problémy osob sobě blízkých, měl v zájmu svém i zájmu klienta doporučit mu jiného odborníka. Kolegalita

a otevřenost patří k základním předpokladům profesionální solidarity. Pracovník by měl respektovat zkušenosti ostatních, poskytovat kolegům nezkreslené informace o klientovi a brát v úvahu názory ostatních členů pracovního týmu.

Darek a Martínková in Vašátková a Hoferková (2008) dodávají, že pracovníci pomáhajících profesí se během své praxe setkávají s mnoha etickými problémy. Mezi ty základní z nich patří například otázka, kdy vstupovat či zasahovat do života jednotlivce či jeho rodiny, popřípadě skupiny, komunity. Dále rozlišení míry pomoci a péče poskytnuté klientovi tak, aby jej stimulovala k odpovědnému jednání a nevedla ke zneužití této pomoci, a kdy je vhodné péči ukončit.

S etickými zásadami pomáhajících profesí souvisí dokument zvaný etický kodex, jež upravuje obecná i konkrétní pravidla pro práci v jednotlivých profesích. Etickým kodexem lékařů je obecně známá Hippokratova přísaha, vlastní etický kodex mají však i ostatní pomáhající profese. Etické zásady v oblasti sociální práce jsou ošetřeny Mezinárodním etickým kodexem sociálních pracovníků, jež předpokládá, že etické uvědomění je nutnou součástí odborné praxe sociálních pracovníků. Mezi základní principy tohoto kodexu patří *lidská práva a důstojnost, sociální spravedlnost a profesionální jednání*. Z tohoto dokumentu čerpá také Etický kodex sociálních pracovníků v ČR, jež dále spravuje o etickém chování ke klientovi, k zaměstnavateli, ke kolegům i ke společnosti. Dle zmíněného etického kodexu rozlišuje Gulová (2011) následující zásady sociální práce:

- nezávislost
- osvobození od represe a podřadných životních podmínek
- protidiskriminační přístup
- demokracie a lidská práva
- spoluúčast klientů
- ochrana integrity klientů
- sebeurčení
- odpor proti násilí
- osobní zodpovědnost

2.3 Vztah pracovníka a klienta

Charakter vztahu mezi pracovníkem a klientem má zásadní vliv na celý proces práce s klientem. Vztah jako takový není neměnný, ale vyvíjí se a utváří. Je úzce spjat s

osobností pracovníka, kterou se autorka zabývala v jedné z předchozích kapitol. Tato kapitola popisuje některé z jevů, které se na utváření a podobě vztahu podílejí.

Součástí veškerého lidského vnímání a jednání jsou emoce. Nejinak je tomu v případě vztahů, ať už jsou jakékoli. Profesionální vztah mezi pracovníkem a klientem podléhá určitým pravidlům i v emoční oblasti. Jedním z těchto pravidel je udržení *hranic*, jakýchsi mezí, které se nepřekračují. Hranice slouží k lepší orientaci v situaci a poskytují bezpečí, jsou však značně subjektivní záležitostí. Tolan (2006) poukazuje na důležitost dodržování vzájemně stanovených hranic mezi pracovníkem a klientem, neboť jejich překonání může oběma velmi ublížit, byť je míněno s dobrým záměrem. Autorka vybízí k uvědomění, že vyzdvihování zájmů klienta nad své vlastní neprospívá ani jedné ze zúčastněných stran.

Dle Géringové (2011) ovlivňují vztah pracovníka a klienta následující dva aspekty:

- projekce
- emoce

Projekcí rozumíme přiřazování pozorovaného jevu k určitým objektům v naší paměti. Tento proces pomáhá člověku lépe se orientovat v různých situacích. Toto přiřazování je významně ovlivněno našimi vlastními vnitřními postoji, předpoklady a duševními obsahy. Výhodu projekce lze spatřovat v rozpoznávání známého v okolním světě, nebezpečí však tkví v jednostranném promítání nežádoucích kvalit mimo své já. Spojitost mezi emocemi a vztahy je zřejmá, každý vztah v životě člověka je jimi doprovázen. Ani ze vztahu mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem nelze emoce vyloučit. Otázkou zůstává jak s takovýmito emocemi naložit. U pedagogických pracovníků se obecně počítá s potlačením emocí negativních, což je proces energeticky velmi náročný, a pokud není s potlačenými emocemi dále pracováno, lze očekávat, že se tyto emoce po čase stejně někde projeví a nejspíš ne zcela adekvátně. S regulací emocí se však setkáváme u většiny pomáhajících profesí a nebezpečí vyplývající z tohoto potlačování je zřejmé. Toto je také jeden z důvodů, proč s sebou tento typ profesí nese zvýšené riziko syndromu vyhoření či jiných psychických problémů.

Jůn (2010) upozorňuje na dvě základní chyby, kterých se pracovníci ve vztahu ke klientovi mohou dopustit:

- efekt pořadí
- základní atribuční chyba

Tyto chyby a na jejich základě zvolený způsob chování ke klientovi mohou dle autora za následek problémové chování klientů. Vlivem *efektu pořadí* si může pracovník vytvořit zkreslený názor na klienta ještě před tím, než se s ním poprvé setká, například na základě dokumentace či popisu jiného člověka nebo kolegy. Je důležité si uvědomit, že dokumentace obsahuje zprávy vytržené z kontextu v tom smyslu, že většinou neobsahuje běžné chování klienta, ale pouze to, které nějakým způsobem vybočuje z normy. Názor na klienta vytvořený pouze na základě dokumentace jeho dokumentace může být pro něj značně poškozující. *Atribuce* představuje přisuzování příčin pozorovaného chování. Toto přisuzování je značně subjektivní a vychází z našich předchozích zkušeností s tímto typem chování, které nemusí být vždy zárukou správného úsudku. Vidíme-li někoho, kdo se chová agresivně, často automaticky předpokládáme, že tak činí neboť „je takový“ aniž bychom dostatečně posoudili okolní vlivy. Atribuční chyba tedy spočívá v tendenci podceňovat vlivy okolních situací na chování člověka a toto chování přisuzovat jeho vlastnostem.

Mearns a Thorne (2013) se ve svém díle zabývají otázkou zdravého vztahu mezi pracovníkem a klientem v oblasti terapie. Dle těchto autorů je důležité, aby pracovník odhadl své *kompetence* a věděl, co je schopen klientovi nabídnout a co už leží za hranicemi jeho schopností. Vyhne se tak zklamání a roztrpčení ze strany klienta v případě, že klientovi slíbil nemožné a nemožné nepřichází. Ve zdravém vztahu není místo pro *manipulaci* ze strany pracovníka, manipulace ze strany klienta však může být chápána jako způsob ochrany sama sebe a pracovník by měl s touto situací počítat a umět jí správně vyhodnotit. Pokud se pracovník neuchýlí k hraní přesilové hry ve smyslu, že se bude snažit klienta nachytat a dokázat mu, že poznal, že mu lže, lze předpokládat, že klientova potřeba lhaní vymizí, neboť nebude mít pocit ohrožení. Dalším tématem je otázka *vyhodnocování pokroků*. Pracovník zde nepředstavuje roli rozhodčího, který rozhoduje o tom, zda tento pokrok je dost významný či nikoli. Pánem svého života i své situace zůstává vždy klient sám, jedině on má tedy právo rozhodnout, co vnímá jako pokrok a co nikoli. Tyto předpoklady zdravého vztahu vycházejí z terapeutického přístupu zaměřeného na člověka, měli by se však promítat do výkonu všech pomáhajících profesí.

Ve vztahu mezi pracovníkem a klientem se mohou objevit také jisté negativní aspekty, vycházející z osobnosti pracovníka, které ovlivňují společnou spolupráci i vztah jako takový. Tyto aspekty do velké míry souvisí se samotnou motivací pracovníků k výkonu pomáhajících profesí. Zmínit lze například problematiku *moci*. Géringová

(2011) poukazuje na nerovnost v oblasti moci, která vychází už ze samé podstaty pomáhajících profesí. Klient totiž využívá nabídky pomoci tehdy, kdy si s něčím neví rady, čili je bezmocný. Pracovník se mu v jeho nepříznivé situaci snaží pomoci, je tedy mocný. Vnímání této skutečnosti pracovníkem se může velmi odrazit na podobě vztahu mezi ním a tím, kdo o pomoc žádá. Autorka v souvislosti s tímto tématem rozlišuje pojmy *pomoc* a *kontrola*. V případě kontroly má pracovník tendenci rozhodovat za klienta, to vše s vírou, že to dělá pro klientovo dobro, neboť on ví, co je pro něj nejlepší. V případě pomoci pracovník s klientem na zakázce vzájemně spolupracují, pracovník nabízí možnosti řešení, klient je kompetentní v rozhodování. Na nedostatečnou míru pomáhajícího partnerského postoje poukazuje autorka v souvislosti s českým zdravotnictvím či péči o děti a lidi s handicapem. V motivaci k výkonu tohoto typu profese se odráží také touha po *uspokojení vlastních potřeb*. Pracovník si přeje být za svou snahu a pomoc náležitě odměněn, může jít o potřebu obdivu ze strany společnosti, potřebu přijetí a ocenění ze strany klienta apod. Při posuzování do jaké míry je tento jev běžný či zda je naopak patologický se názory odborníků rozcházejí. Existuje řada domněnek proč se lidé rozhodnou v rámci své profese pomáhat druhým a trávit čas s lidmi, kteří nevědí, jak dál, jsou nešťastní apod. Někteří odborníci se domnívají, že tato potřeba vychází z neuspokojených potřeb v dětském věku, jiní vidí příčinu v narcistické nenasycenosti těchto pracovníků, kteří neustále touží po uznání a pochvale. Objevují se také názory, že tito lidé nejsou schopni vytvářet vztahy na základě rovnoměrného dávání a brání, vyhledávají proto takové vztahy, ve kterých mohou jednostranně dávat. V souvislosti s tímto tématem se můžeme setkat také s pojmem sociální vampyrismus, který označuje prosperování pomáhajících na úkor pomáhaného. Pocit pomoci vyvolává u člověka, který pomoc přijímá, pocit dluhu, který může v člověku vyvolávat velmi negativní pocity. Naopak ten, který pomáhá, získává značné výhody, ať už v očích společnosti či svých vlastních. Existuje řada dalších teorií, jež se zabývají problematikou motivace k výkonu pomáhající profese. Úkolem této kapitoly není vyjmenovat všechny, ale lehce poukázat na tzv. odvrácenou stranu těchto profesí.

3 Syndrom vyhoření

3.1 Vymezení pojmu

Syndrom vyhoření by řada z nás nejspíš definovala jako vyčerpání, ztrátu nadšení, kolaps, zhroucení apod. Logické vysvětlení termínu by znělo asi následovně - *syndrom* jako řada symptomů společných pro všechny postižené, podobný průběh, shodná příčina a *vyhoření* jako něco, co bylo, sloužilo svému účelu, ale došlo k vyčerpání zdroje a nic nezbylo. Syndrom vyhoření neboli burnout představuje odborný termín, se kterým se v psychologii a psychoterapii setkáváme od 70. let 20. století a byl pojmenován psychologem Hendrichem Freudenbergerem. Stav, který syndrom vyhoření označuje, byl však znám již dávno předtím. S jevem celkového vyčerpání se můžeme setkat už v Bibli či řecké mytologii prostřednictvím pověsti o Sysifovi. Původně byl termín burnout zaveden pro označení stavu těch, kteří propadli závislosti na alkoholu a o vše ostatní ztratili zájem. Později se působnost termínu rozšířila na toxikomany a posléze i na ty, u kterých převažoval zájem o svou práci nad vším ostatním - tzv. workoholiky (Křivohlavý, J. 2008).

Definicí syndromu vyhoření existuje mnoho, pro představu je zde uvedeno několik z nich:

- Podle Agnes Pines a Elliotta Aronsona: *„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy“* (Křivohlavý, J. 1998, s. 49).
- Maslach a Jackson: *„Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem“* (Křivohlavý, J. 1998, s. 50).
- Edelwich a Richelson. *„Burnout je proces, při němž dochází k vyčerpání fyzických a duševních zdrojů (energií), k vyplenění celého nitra, k „utahání se“ tím, že se člověk nadměrně intenzívně snaží dosáhnout určitých subjektivně stanovených nerealistických očekávání nebo že se snaží uspokojit takováo*

nerealistická očekávání, která mu někdo jiný stanoví“ (Křivohlavý, J. 1998, s. 49).

Kebza a Šolcová (1998) ve své publikaci zmiňují různorodost definicí burnoutu, uvádějí však několik bodů, které jsou shodné pro většinu z nich:

- jedná se o psychický stav
- výskyt je téměř vždy podmíněn prací s lidmi či alespoň pravidelným kontaktem s nimi
- symptomy jsou většinou psychického rázu, zasahují však i do oblasti fyzické a sociální
- syndrom vyhoření je reakcí na chronický stres

3.2 Příčiny syndromu vyhoření

Proč vlastně k vyhoření dochází? Autorka práce považuje za nutné doplnit, že každá osobnost je specifická a vypjaté situace jsou různými lidmi vnímány různě. Následující výčet příčin syndromu vyhoření tedy popisuje pouze ty nejčastější z nich a je zaměřen na vyčerpání související se zaměstnáním.

Rush (2003) uvádí následující možné důvody psychického vyčerpání, které souvisí především s osobnostními rysy jedince. Řada lidí podle autora vykonává velké množství pracovních úkolů, ale nedbá při tom vlastních potřeb - „Tohle dodělám, i kdyby mě to mělo stát život“, což může mít v dlouhodobém měřítku za následek pocit frustrace, vlečení bez možnosti vlastní kontroly apod. S tím souvisí také potřeba odpočinku. Autor píše o *neschopnosti přibrzdit*, která se rovná snaze stihnout vše za co nejkratší dobu, potřebě nosit si práci domů a věnovat se jí v čase, který by měl sloužit jiným, zcela odlišným činnostem. Nebezpečí představuje také *snaha udělat všechno sám*, která souvisí s potřebou uznání, pochvaly a tendencí sklidit veškerý úspěch za vykonanou práci bez přispění ostatních. Dále autor upozorňuje na *přehnanou pozornost vůči cizím problémům* a jako nejvíce ohrožené vnímá ty, kteří pracují s ostatními lidmi, tedy pracovníky všech pomáhajících profesí. Náročným úkolem je už jen samotný dlouhodobý styk s lidmi, kteří se potýkají s nějakou nepříznivou situací a snaha pomoci jim tuto situaci vyřešit. Výsledky nejsou navíc mnohdy viditelné hned, ale až po značně dlouhé době, což si od pracovníka vyžaduje velkou dávku trpělivosti. Pracovník, který dlouhodobě nepozoruje u svých klientů změnu k lepšímu je ohrožen pocitem selhání,

zvláště pokud vynaložil k vyřešení tohoto problému velké množství snahy. S tím souvisí také *neréálná očekávání*, kdy autor poukazuje na nebezpečí neuvědomování si vlastních hranic. Pracovníkovi, který neumí odhadnout své kompetence, hrozí, že si stanoví cíle, kterých není schopen dosáhnout. Stále větší snaha uspět může v tomto případě vést k postupnému vyčerpání. V neposlední řadě autor zmiňuje, že *příliš velká rutina* může být také jedním z důvodů psychického vyhoření, neboť brání vlastní tvořivosti a kreativě jedince. Pracovník se tak může cítit otupěle a postrádat smysl své práce. Lidé s *velmi pevnou vůlí a odhodlaností* se velmi neradi vzdávají, což může mít za následek překročení jejich fyzických i psychických možností ve snaze dosáhnout něčeho významného. K celkovému vysílení může značnou měrou přispívat také *značná soutěživost*, která představuje pro některé jedince charakteristický znak jejich osobnosti. Prahnutí po pocitu být lepší než ostatní kolegové, může tyto jedince stát velké množství sil.

Křivohlavý (1998) v souvislosti s příčinami vyhoření poukazuje mimo jiné na *vliv pracovního prostředí, pracovních podmínek a organizace práce*. Konkrétně se jedná o tyto faktory:

- míra svobody a kontroly
- nesmyslnost požadavků
- autorita
- odpovědnost
- neplnění úkolů
- očekávání
- sociální komunikace
- požadavky, které jsou na pracovníky kladeny

Problematicke míry kontroly a svobody byla věnována pozornost v kapitole Náročná životní situace v zaměstnání, stejně jako tématu očekávání a sociální komunikaci coby neinformovanosti. Přejdeme tedy k vysvětlení dalších zmíněných faktorů. Velkou roli ve zrodu syndromu vyhoření hraje *smyslnost požadavků*, tedy spíše jejich nesmyslnost. V případě, kdy má pracovník pocit, že práce, kterou vykonává, postrádá smysl, ustupuje do pozadí radost z výkonu a pracovník může být značně frustrován. Problémy s autoritou mohou souviset s centralizací veškeré autority na jednoho člověka či naopak přílišné tříštění autority mezi několik pracovníků. Ke konfliktům dochází také v případě, kdy si pracovníci více vážejí jiného člověka než toho, který je výkonem

autority pověřen. Jednou z velmi zatěžujících pracovních podmínek bezesporu patří míra *odpovědnosti* zaměstnance, pokud je pracovník zodpovědný na více věcí, než je schopen zvládnout, je ohrožena jeho psychická pohoda. Setkává-li se člověk s dlouhodobým *neplněním plánu*, může to vést ke stavu apatie, stagnace a neuspokojení z pracovního výkonu. Na zrod psychického vyhoření mají jistě vliv i *požadavky kladené na zaměstnance*. Příliš mnoho požadavků či požadavky ve velké míře nerealistické jsou významným zdrojem stresu. Zaměstnanci se však necítí spokojení také tam, kde jim není umožněno vzdělávat se, profesně růst či uplatňovat nové postupy.

Kallwass (2007) řadí mezi příčiny pracovního vyhoření také:

- mobbing
- strach o místo

Autorka definuje *mobbing* jako agresi na pracovišti, která je cílená, systematická a často velmi jemně prováděná. Obvykle začíná konfliktem mezi zaměstnanci, jež se nepodařilo včas a efektivně vyřešit. Po tomto konfliktu následují pomluvy a schválnosti, často se zapojením dalších osob, poškozený pracovník je postupně vyřazován z kolektivu. Stále sílící nepřátelský postoj kolegů může pracovníka donutit až k odchodu ze zaměstnání nemluvě o psychickém strádání zaměstnance. Autorka poukazuje na stále rozšířenější nedostatek pracovních míst, jak jednu z nejvíce ohrožených skupin vnímá starší občany, kteří jsou práce schopni, nejsou však pro řadu zaměstnavatelů atraktivní. Dlouhodobá nezaměstnanost těchto lidí, kteří navíc mohli být zvyklí od mládí pracovat, může rovněž vést k syndromu vyhoření.

3.3 Projevy a průběh syndromu vyhoření

Stav psychického vyhoření s sebou nese celou řadu negativních citových vztahů a také těžkých myšlenek. U lidí nacházejících se v tomto stavu jsou nejčastěji popisovány následující symptomy (dle výpovědí pacientů):

- tělesné vyčerpání
- emocionální vyčerpání (pocit citové prázdnoty)
- duševní a duchovní vyčerpání
- pocit, že k tomu, aby přetekla schopnost vydržet, co se děje, moc nechybí
- pocit naprosté bezcennosti
- pocit ztráty kontroly nad vlastním životem

- zklamání
- rozčarování
- pocit neustálého napětí
- pocit naprostého pesimismu
- neschopnost pro něco se rozhodnout, něčemu se postavit
- nezájem od druhé a jejich problémy, ztráta empatie
- nezájem o názory druhých vůči své osobě (Křivohlavý, J. 1998)

Kebza a Šolcová (1998) člení příznaky syndromu vyhoření do následujících tří oblastí:

Na psychické úrovni

- pocit nepatrné efektivity určitého snažení navzdory vynaložené námaze
- pocit duševního vyčerpání
- utlumení psychické aktivity, redukce spontaneity, kreativity, iniciativy
- přesvědčení o vlastní postradatelnosti a bezcennosti
- ztráta zájmu o témata související s profesí
- redukce činnosti na rutinní postupy

Na fyzické úrovni

- celková únava, apatie, ochablost
- rychlá unavitelnost
- zažívací obtíže, bolesti u srdce, potíže s dýcháním (lapání po dechu, nemožnost se nadechnout)
- často nespecifikované bolesti hlavy
- potíže s krevním tlakem
- poruchy spánku
- celková tělesná tenze

Na úrovni sociálních vztahů:

- celkový útlum sociability
- nezájem o hodnocení ze strany druhých
- tendence k redukci vztahů s klienty i kolegy pohybujícími se v podobné profesi
- zjevná nechuť k vykonávané profesi
- snižující se míra empatie
- narůstání konfliktů vlivem nezájmu a lhostejnosti k okolí

Syndrom burnout je výsledkem a do jisté míry konečným stadiem určitého procesu. Na obecné úrovni hovoříme nejprve o iniciační fázi, pro kterou je charakteristické zapálení pro věc, po které následuje k prozření a objevení rozdílů mezi ideálem a reálnou situací. Objevují se první pocity frustrace, zklamání tématem či celou profesí. Následuje apatie, objevuje se hostilita vůči klientům i všemu, co s profesí souvisí. Další a zároveň poslední fází je následné vyhoření, celkové vyčerpání spojené s odosobněním, ztrátou empatie apod. (Kebza, V., Šolcová, I. 1998).

Křivohlavý (1998) zmiňuje pohled na průběh psychického vyhořování současného představitele rakouské školy logoterapie Alfreda Leangleho, který rozlišuje tři fáze tohoto procesu. *První fáze* představuje situaci člověka, který se pro něco nadchl a vytyčil si určitý cíl. V dosažení cíle spatřuje smysl a věnuje mu tedy patřičnou pozornost. *Ve druhé fázi* dochází ke změně motivace jednání tohoto člověka. Ten povolná přestává pracovat proto, že v činnosti spatřuje smysl, ale proto, že mu to něco přináší. vzdaluje se tedy od svého prvotního cíle a může se objevit pocit odcizení. *Ve třetí fázi* se lze setkat se ztrátou úcty k hodnotě druhých lidí a ztrátě úcty k vlastnímu životu, kdy postižený člověk přestává věřit vlastnímu přesvědčení a vlastním snahám. Takovýto člověk postrádá veškerou smysluplnost všeho a propadá se do existenciálního vaku.

Maslachová a Jackson rozlišují následující složky procesu burnout syndromu:

- emocionální vyčerpání
- depersonalizaci
- snížení pracovního výkonu

Dle autorů dochází nejprve k *emocionálnímu vyčerpání* jakožto odpovědi na mimořádné požadavky okolí. Na emocionální vyčerpání navazuje *depersonalizace*, kdy se člověk snaží odpoutat od druhých lidí a stahuje se do samoty. Zmíněné dva faktory společně vyvolávají *snížení pracovního výkonu*, ve kterém člověk začíná postrádat smysl (Křivohlavý, J. 1998).

Kebza a Šolcová (1998) uvádějí koncepci R. Schwaba, kdy je burnout podmíněn interakcí mezi jedincem a situačními podmínkami, členěna je do tří fází:

- nesoulad mezi požadavky ze strany zaměstnavatele a schopnosti jedince těmto požadavkům vyhovět, důsledkem čehož vzniká stres
- pocity úzkosti, únavy a vyčerpání jako odpověď na tuto nerovnováhu

- změny v chování a postojích vůči klientům, celkové odosobnění jako únik ze situace, jež se nedá zvládnout aktivním řešením problému

3.4 Syndrom vyhoření a jeho prevence

Kebza a Šolcová (1998) vnímají burnout jako důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou. Prevenci tak tvoří soubor různých opatření jak na straně jedince, tak na straně organizace čili zaměstnavatele.

Dobrý psychický stav pracovníků je také v zájmu zaměstnavatele, řada zaměstnavatelů se tak svým způsobem snaží riziku syndromu vyhoření u svých zaměstnanců předcházet. Mezi metody zaměřené na tuto problematiku řadíme například realizaci *programů zaměřených na osobní rozvoj, poradenství v oblasti pracovních záležitostí, výcvik v profesních dovednostech*, různá opatření sloužící ke *stmelování pracovního kolektivu a rozvoj spolupráce mezi kolegy* či *zvýšení podílu pracovníků na řízení organizace*. Mezi pozitivní faktory ve spokojenosti pracovníků bezesporu patří také *míra finančního ohodnocení, možnost kariérního postupu, spokojenost s nadřizenými* atd.

Jedinec se může, z hlediska prevence syndromu vyhoření, zaměřit na osvojení si různých *strategií zvládnání stresu* a učit se efektivně jednat ve stresových situacích. Cungi (2001) radí zaměřit se na dosavadní úspěchy, kterých se jedinci podařilo dosáhnout nežli na to, v čem neuspěl. Autor varuje před životním postojem „nikdy nebýt spokojený“, který pramení právě ze zaměření se na neúspěchy. Výsledkem takového postoje může být prohloubení stresu, ztráta sebedůvěry a pocit nespokojenosti. Důležitým motivačním činitelem se může stát bilance řešeného problému a s tím související pochvala sebe sama za úspěšně vykonanou práci. Pochvaly by však neměly být nerealistické a příliš obecné (např. „Vše v práci je skvělé!“), ale vytyčení skutečného úspěchu a skutečné pojmenování situace. Na druhou stranu je velmi užitečné umět se učit z chyb a snažit se je vnímat rovněž jako nástroj motivace. Jak už bylo řečeno, s chybami je nutno počítat a umět z nich vytěžit poučení pro příště je zdravý způsob jednání ve stresových situacích. Nežádoucí a pro psychickou rovnováhu nebezpečné je však zaměření se na neúspěch a nevnímání toho, co se jedinci povedlo. Kebza a Šolcová (1998) hovoří o zásadách duševní hygieny pro pracovníky pohybující se v pomáhajících profesích. Autoři apelují na zachování si jistého *osobního*

odstupu od klientů při současném zachování principů profesionální etiky. Odosobnění a profesionální přístup ke klientovi zde naráží na zásadu empatie. Autoři doporučují zachovat si od klientů určitý odstup, zároveň však své *pocity nepotlačovat a nepřestat je vyjadřovat*. Tyto pocity je možné probírat při pracovních poradách v týmu, případně na supervizi. V přestávkách mezi jednotlivými návštěvami klientů nebo i v nepřetržitém provozu, kdy je přítomno několik klientů najednou, dvojice autorů doporučuje aplikaci *krátkých přestávek*, které mají být využity k regeneraci duševních sil, například prostřednictvím krátkého tělesného cvičení nebo některé z relaxačních metod. Jako hlavní zásada je zde vnímána nutnost důsledného *oddělování profesionálního života od toho osobního*.

Křivohlavý (1998) rozlišuje dva typy vlivů v prevenci a zvládnání syndromu vyhoření – *interní* (individuální) a *externí*. Mezi interní vlivy autor řadí:

- smysluplnost žití
- stresory a salutory
- osobnostní charakteristiky

Smysluplnost žití představuje jednu ze základních existenciálních potřeb člověka. Jedná se o jev velmi subjektivní a vztahuje se jednak k pocitu smysluplnosti práce, ale také ke smysluplnosti života jako takového. Vnímání práce jako smysluplné činnosti patří k nejdůležitějším složkám smysluplnosti bytí. Otázka uspokojení či naopak neuspokojení smysluplnosti bytí hraje při vzniku i zvládnání burnoutu velmi zásadní roli. Nepoměr mezi stresory (faktory, které člověka zatěžují) a salutory (možnostmi danou situací řešit) má značný vliv na vznik i další rozvoj syndromu vyhoření. Dojde – li k situaci, kdy zátěž stresorů zásadně převažuje možnostmi salutorů, dochází k velmi tíživé stresové situaci, jež může přejít v distres – situaci nadlimitně těžkou či dokonce neřešitelnou. V takovéto situaci se lze zachovat dvěma způsoby – ubrat na straně stresorů nebo naopak přidat na straně salutorů. Vzdáme – li se některé činnosti, která je pro nás zatěžující, snížíme tak míru ohrožení. V případech, kdy je to možné se jeví jako vhodné řešení delegovat část pravomocí na někoho jiného. Tam, kde se tento postup uplatnit nedá, je na místě „odchod ze hry“, což se může zprvu zdát jako útěk z boje, z dlouhodobého hlediska se však tento postup může velmi vyplatit. Přidáním na straně salutorů se rozumí rozšíření možností jak stres zvládat. Patří sem různé preventivní aktivity – relaxace, sport apod. Vliv *osobnostních charakteristik* může hrát v rozvoji a zvládnání syndromu burnout zásadní roli. Míra frustrační tolerance je u každého jedince jinak vysoká. Setkáváme se taky s různým vnímáním různých typů životních překážek

podle subjektivního žebříčku hodnot. Lékaři Friedman a Roseman vymezili dva typy lidského chování – tzv. typ A a typ B. Lidé zařazení do chování typu A jsou typičtí svou velkou energičností, soutěživostí a touhou být za každou cenu nejlepší. V práci jsou tito jedinci velmi pilní, často pracují přesčas nebo si berou nedodělané úkoly domů, kde jim rovněž věnují velké množství času. Vůči ostatním vystupují asertivně až agresivně a neústupně. Za svými cíly si jdou velmi tvrdě, mnohdy až bezohledně. Chování typu B s sebou nese rovněž velkou výkonnost, úspěch zde ale nestojí na prvním místě. Spektrum zájmů těchto lidí je podstatně širší, nevěnují veškerý svůj čas snaze být ve všem co nejúspěšnější. Tito lidé umějí odpočívat, věnovat svůj zájem také jiným věcem, na kterých jim záleží srovnatelně jako na úspěchu v zaměstnání. Syndrom psychického vyhoření se podle výzkumů objevuje podstatně častěji u lidí s typem chování A.

Externími vlivy v prevenci burnoutu rozumíme:

- sociální oporu
- dobré vztahy mezi lidmi
- kladné hodnocení druhých lidí
- pracovní podmínky

Potřeba *sociální opory* v životě člověka je zřejmá, nejedná se pouze o domněnku, tento fakt je podložen výsledky vědeckého zkoumání. Míra potřebné sociální opory je velmi subjektivní, patří však k potřebě každého jedince. Výzkumy prokázaly, že lidé, kteří mají pocit silné sociální opory, mají relativně nejméně příznaků psychického vyčerpání. Na základě těchto výzkumů bylo dále dokázáno, že lidé si účinné sociální opory váží tím více, čím více se potýkají s nějakými náročnými situacemi. Jiné výzkumy zaměřené na pracovní nespokojenost prokázaly, že spokojenost či nespokojenost v zaměstnání jsou nejvíce ovlivněny *vzájemnými vztahy* na pracovišti. Dobré vztahy mezi kolegy tak zásadním způsobem přispívají k prevenci syndromu vyhoření. Dobrý vztahem lze označit takovou interakci mezi lidmi, která předpokládá vzájemné naslouchání, projev uznání, povzbuzení, empatii, poskytnutí emocionální vzpruhy nebo rozdělení práce. Za znaky špatného vztahu lze absenci naslouchání, chybějící projev uznání, nedostatečná empatie nebo delegování veškeré práce na jednoho člověka či nepřátelská soupeřivost. Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, pracovní podmínky mají rovněž na vznik a rozvoj psychického vyčerpání velký vliv. Některé podmínky a nutnost jejich zajištění již zmíněny byly, avšak zmínit lze i některé další. Pracovníci se značnou pracovní zátěží (nejen fyzickou, ale zvláště psychickou, kam bezesporu patří také

pomáhající profese) by měli mít možnost uvolnit se z centra napětí, je – li to třeba. Zřídit lze například speciální místnost v rámci pracoviště, kam by se pracovník mohl na určitou dobu uchýlit, když cítí, že jej přemáhá nepřiměřená zátěž. Řešením může být také mimořádná dovolená jako prostředek proti vyčerpání. Do prevence syndromu vyčerpání lze zařadit také zpestření jinak monotónní práce nejen při výkonu samotné práce, ale zvláště při společném setkávání kolegů, jako jsou pracovní porady, školení, podnikových rekreací apod. Svou roli sehrávají také zdánlivě neškodné faktory, jako jsou hluk, nevyhovující světelné podmínky, nedostatek klidu a soukromí nebo nevyhovující tepelné podmínky či zařízení pracovního prostředí – zde k větší psychické pohodě přispívá tzv. personalizace prostředí – přítomnost květin, obrazů, vlastních fotografií a jiných doplňků.

Velmi účinným prostředkem v boji proti psychickému vyčerpání v pomáhajících profesích může být tzv. supervize. Hess in Hawkins, Shohet (2004, s. 59) supervizi definuje jako *„čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem“*. Supervize je zde chápána jednak jako forma podpory, která nám může přinést nový pohled na řešení problémů v práci. Zároveň je supervize součástí našeho neustálého profesního vývoje. Supervize může pracovníkům v pomáhajících profesích pomoci lépe využívat své zdroje, lépe si poradit se zvládnutím profesních úkonů a přinést nové možnosti ve zvládnutí náročných situací (Hawkins, P., Shohet, R. 2004).

Známý český psychiatr MuDr. Honzák (2013) ve svém díle uvádí výsledky vlastního výzkumu na téma *„Co podle Tvého názoru přispělo k tomu, že netrpíš syndromem vyhoření?“* Tento dotaz byl položen několika lidem, kteří působí dlouho dobu ve svých profesích (lékaři, psychologové, psychoterapeuti, generální ředitelé, novináři apod.). Zde jsou uvedeny některé odpovědi, které se ve výzkumu vyskytly několikrát:

- výkon takové profese, která člověka baví, zajímá a kterou vnímá jako smysluplnou
- různorodost pracovních úkonů
- zaměření se i na jiné aktivity, které nesouvisí s vykonávanou profesí
- sport
- rozvržení času mezi prací, rodinu a zájmy

- humor

4 Raná péče

4.1 Vymezení pojmu

Český termín „*raná péče*“ byl do praxe zaveden roku 1993 skupinou odbornic, které stály u zrodu tohoto typu sociální služby u nás. Jedná se o překlad výrazů používaných v zahraničí (anglického „*early intervention*“, francouzského „*intervention precoce*“, německého „*Frühförderung*“ atd.). Výraz „*raná*“ byl zvolen v souvislosti s vývojem a věkem dětí od 0 do 4 let, slovo „*péče*“ je souhrnným označením soustavy služeb, nikoli péče ve smyslu zabezpečení základních životních potřeb osoby (Hradilková, T. 1998).

Novela zákona o sociálních službách, schválena roku 2009, definuje ranou péči následovně. „*Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby*“ (Společnost pro ranou péči – aktuální definice rané péče [online]).

Společnost pro ranou péči definuje službu jako „*...soustavu služeb a programů poskytovaných ohroženým dětem a dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám*“ (Společnost pro ranou péči – raná péče [online]).

4.2 Charakteristika a průběh služby

Poslání služby rané péče vychází z myšlenky, že první tři roky života dítěte hrají v jeho vývoji zásadní roli. Kompenzační možnosti mozku totiž umožňují právě v tomto období rozvinout náhradní mechanismy i u dětí s vážným handicapem. Včasná intervence je tedy u dětí s jakýmkoli deficitem ve vývoji velice důležitá, neboť v tomto věku se člověk nejrychleji rozvíjí a nejlépe se přizpůsobuje změnám.

Raná péče usiluje o snížení vlivu postižení na vývoj dítěte. Zároveň se snaží předejít narušení sociálních vazeb mezi dítětem a jeho okolím, je tedy službou *preventivní*. Raná péče využívá přirozených zdrojů rodiny, aby i dítě s postižením

mohlo vyrůstat v jejím prostředí. Služba mimo jiné napomáhá také úspěšně sociální integraci jak dítěte, tak celé rodiny (Společnost pro ranou péči – raná péče [online]).

Dle standardů rané péče, které byly přijaty valnou hromadou Společnosti pro ranou péči v roce 2008, jsou cíle této služby následující:

- „*snížit negativní vliv postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a na jeho vývoj*
- *zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy*
- *posílit kompetence rodiny a snížit její závislost na sociálních systémech*
- *vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky sociální integrace“* (Společnost pro ranou péči – standardy rané péče [online])

V registru poskytovatelů sociálních služeb v České republice je v současné době 46 pracovišť rané péče (Vachulová, J. 4/2014). Na zajištění služeb rané péče se podílí jak státní, tak nestátní sektor, organizace profesionální i dobrovolnické. Poskytovány jsou v *terénní formě*, případně v kombinaci s *formou ambulantní*. Terénní formou se myslí působení v přirozeném prostředí dítěte, kterým je rodina. V rámci ambulantních služeb mohou rodiče využít možnosti speciálně pedagogické diagnostiky, nabídky různých seminářů, školení, programů pro ně a děti apod. Zákon č 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje následující základní činnosti rané péče:

- *„výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*
- *sociálně terapeutické činnosti*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“* (Úplné znění – 108/2006 Sb., o sociálních službách [online])

Standardy rané péče zmíněné základní činnosti blíže konkretizují.

Služba se orientuje na celou rodinu. Její *cílovou skupinu* tedy tvoří děti s postižením nebo děti, jejichž vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu a to od *0 – 4 let*, v případě kombinovaného postižení až do *7 let věku dítěte* (Společnost pro ranou péči – standardy rané péče [online]). Do cílové skupiny dále spadají rodiče či jiné pečující osoby, případně sourozenci, širší rodina apod. Narození dítěte s postižením má totiž vliv na všechny členy rodiny, neboť s sebou nese velkou dávku nejistoty, má značný vliv na dosavadní chod rodiny a vyrovnání se s takovou situací s sebou nese celou řadu úskalí (Hradilková, T. in Hradilková, T., Květoňová – Švecová, L., Vachulová, J. 1998).

Základ *týmu rané péče* tvoří poradenský pracovník a rodiče dítěte. Dalšími členy týmu mohou být různí odborníci (fyzioterapeut, speciální pedagog, psycholog, neonatolog, pediatr, neurolog apod.), kteří nemusí být kmenovými zaměstnanci organizace, spolupracují s ní však externě. Intenzita spolupráce s těmito odborníky je v jednotlivých organizacích odlišná (Hradilková, T. in Hradilková, T., Květoňová – Švecová, L., Vachulová, J. 1998).

Mezi formy rané péče lze zařadit:

- depistáž
- návštěvy v rodinách
- ambulantní služby
- rehabilitační pobyty
- tvorba a distribuce odborných materiálů, zpravodaje
- výroba a zapůjčování pomůcek a hraček (Hradilková, T., Květoňová – Švecová, L., Vachulová, J. 1998)

Depistáží rozumíme vyhledávání potenciálních klientů služby. Jak již bylo řečeno, kompenzační možnosti mozku jsou v nejranějším věku největší, účinnost práce s dítětem s postižením je proto do velké míry závislá na včasnosti jejího začátku. Dobrá informovanost odborníků pracujících s těmito dětmi, ale i široké veřejnosti napomáhá brzkému navázání kontaktu mezi potřebnými rodinami a pracovníky rané péče. Jednotlivé organizace v rámci osvěty svých služeb vydávají různé propagační materiály, informační zprávy v tisku a jiných médiích, účastní se a pořádají různé osvětové akce (den otevřených dveří, výstavy, dobročinné akce apod.). Snahou středisek rané péče je také navázat vzájemnou spolupráci s odbornou veřejností (lékaři, pedagogy aj.) například odbornými konzultacemi s nimi, účastí na odborných seminářích a konferencích apod. (Hojná, T. in Hradilková, T., Květoňová – Švecová, L., Vachulová, J. 1998).

Rodiny jsou do služby zařazeny na základě osobní žádosti rodičů či zákonných zástupců dítěte. Rodiny se o této službě dozvídají čím dál více prostřednictvím internetu, nejčastějším zdrojem informovanosti o rané péči však stále zůstávají odborní lékaři (např. neurologové, pediatri, foniatri aj.), třetím nejčastějším zdrojem bývá osobní doporučení od samotných klientů (Vachulová, J. 4/2014).

Návštěva v rodině je stěžejní formou služeb rané péče. Samotné návštěvě zpravidla předchází připomenutí si minulé návštěvy pracovníkem – atmosféru setkání, kroky na kterých se pracovník s rodiči domluvil aj. Počáteční fáze návštěvy patří zjištění situace, která se mohla od minula změnit – jak rodina čas mezi návštěvami strávila, zda dítě absolvovalo nějaká vyšetření, jaké udělalo pokroky, co se podařilo a co naopak ne. Následuje práce s dítětem, kdy pracovník sleduje pokroky dítěte, jeho další potřeby. Na základě výsledků stanoví určitá doporučení na následující období. Během návštěvy je pozornost soustředěována také na rodiče – pracovník zjišťuje jejich potřeby a snaží se jim pomoci situace řešit. Pokud zakázka nespadá do jeho kompetencí, je na místě spolupráce s ostatními odborníky. Nedílnou součástí návštěvy je také psychologická podpora rodiny, ať už prostřednictvím poradenského pracovníka nebo psychologa, pokud si to situace žádá. Působení v přirozeném prostředí rodiny s sebou nese celou řadu výhod. Celkové chování jednotlivých členů domácnosti je přirozenější, což platí především o dítěti. K práci lze využít předměty, které se v domácnosti běžně nacházejí a nejsou proto nutné další finanční výdaje. Pracovník může rodině lépe poradit ohledně praktických otázek – např. uzpůsobení bytu, hracího či pracovního prostředí tak, aby dítěti nejvíce vyhovovalo aj. Na základě návštěvy rodinného prostředí může pracovník lépe zanalyzovat podobu vztahů mezi členy domácnosti, jejich možností, postavení dítěte v rodině. Tyto poznatky mu mohou pomoci lépe se zorientovat v celkové situaci rodiny a pracovník jim může přizpůsobit svou práci tak, aby byla o to efektivnější (Korhoňová, L. in Hradilková, T., Květoňová – Švecová, L., Vachulová, J. 1998).

Ambulantními službami se rozumí takové služby, které jsou poskytovány v prostorách organizace. Některá střediska rané péče nabízí možnost využití poradenské telefonické linky, která slouží k zodpovězení dotazů jak rodičům, tak jiným subjektům, které s dětmi s postižením pracují. Střediska v ambulantní formě zprostředkovávají například speciální zrakovou stimulaci v případě dětí se zrakovým postižením, speciálně pedagogickou diagnostiku nebo vytvoření individuálního plánu pro rozvoj schopností dítěte. Rodičům je dále poskytováno sociálně – právní poradenství, poradenství o možnostech zařazení dětí do vzdělávacího procesu, konzultace konkrétních potřeb rodiny a podpory vývoje dítěte. Nabídku tvoří také vzdělávání rodičů v oblasti rozvoje jejich dětí, zapůjčování pomůcek a odporné literatury atd. V souvislosti se spoluprací se subjekty, jež svou pozornost zaměřují na děti s postižením, poskytují střediska rané péče například metodické vedení mateřským či základním školám (Krutilová, D. in Hradilková, T., Květoňová – Švecová, L., Vachulová, J. 1998).

Smyslem *rehabilitačních pobytů* je seznámení rodičů s ostatními rodinami, které se nacházejí v podobné situaci, sdílení zkušeností, postřehů a rad mezi jednotlivými rodiči, zapojení dítěte s postižením do dětského kolektivu. Rodiče si díky těmto pobytům mohou odpočinout od každodenního shonu, což jim může pomoci načerpat nové síly a vidět situaci v novém světle. Součástí pobytů bývá také vzdělávání rodičů v jednotlivých oblastech, týkajících se nejen vývoje dítěte. Zajištěn je také program pro dětské návštěvníky, často spojené s jejich hlídáním v rámci části dne, jež je určen k odpočinku, sdílení či vzdělávání rodičů. Účastníky někdy bývají také odborníci z jednotlivých oblastí, kteří mohou rodičům poskytnout odpovědi na jejich otázky (Kudelová, I. in Hradilková, T., Květoňová – Švecová, L., Vachulová, J. 1998).

V souvislosti s informovaností rodičů, odborníků a veřejnosti, patří do forem služeb rané péče také *tvorba a distribuce odborných materiálů a zpravodaje a poskytování informací* o službě. Společnost pro ranou péči vydává průměrně 4x ročně časopis „Rolnička“, ve kterém čtenáři naleznou aktuality ze středisek rané péče, informace o uskutečněných či plánovaných akcích, tipy na speciální pomůcky, hračky a literaturu, odborné a metodické články na různá témata atd. Pro účely informovanosti odborníků z řad lékařů, pedagogů a jiných, jsou vydávány různé brožury pro lékaře, metodické materiály pro mateřské školy, informační letáky o službě aj. Střediska v souvislosti s prezentací svých činností vydávají každým rokem výroční zprávu nebo pořádají dny otevřených dveří (Kudelová, I. in Hradilková, T., Květoňová – Švecová, L., Vachulová, J. 1998).

Do nabízených služeb středisek spadají také *půjčování a výroba hraček a pomůcek*. Hra je pro dítě naprosto přirozenou potřebou, prostřednictvím hry se dítě učí objevovat svět, pochopit jednotlivé souvislosti, hra dítěti pomáhá v jeho všestranném rozvoji. Neméně důležitý nástroj zkoumání představuje také pro děti s postižením. Ludíková (2001) uvádí, že dítě, jež nemá možnost hrát, se opoždí ve vývoji. Hraní je cvičení a zkoušení organismu jako celku. U dětí s postižením je hra významným prostředkem v navazování kontaktu s okolním světem, pomáhá při rozvoji komunikačních schopností a rozvoji tělesné i duševní stránky. Hra je v případě dětí s postižením specifická podle druhu a stupně postižení, s čímž souvisí také výběr vhodných hraček a pomůcek. Hračky by měly být stimulující a zároveň bezpečné. Lze je rozdělit na hračky běžné, upravené a speciální. Běžnými hračkami se myslí takové, jež jsou běžně k dostání v obchodech a dítěti je lze poskytnout bez jakékoli úpravy. Jedná se o míče, chrastítka, knížky, panenky apod. Upravené hračky vznikají modifikací běžných hraček dle potřeb

konkrétního dítěte. Hračky mohou být vylepšeny rolničkami, zvýrazněny reflexními páskami apod. Někteří výrobci nabízejí hračky speciální, které jsou přímo zhotoveny pro potřeby dětí s postižením. Jedná se o různé reliéfní hračky, rehabilitační pomůcky, typografické pomůcky apod. Střediska rané péče si většinou samy zhotovují hračky a pomůcky vhodné pro své klienty. Tyto pomůcky pak rodičům zapůjčují nebo jim pomáhají s jejich vlastní výrobou (Gregorová, P. in Hradilková, T., Květoňová – Švecová, L., Vachulová, J. 1998).

Průběh služby se vyvíjí následovně – na začátku kontaktuje rodina poskytovatele služby, nejčastěji prostřednictvím telefonického rozhovoru či e-mailu. Následuje informativní setkání, které probíhá zpravidla v přirozeném prostředí dítěte a rodiny, tedy v domácnosti. Tohoto setkání se vedle rodiny účastní buď poradce rané péče, metodik či sociální pracovník nebo vedoucí pracovník, záleží na konkrétním pracovišti. Na dalším setkání jsou se zájemcem o službu vyjednány jeho konkrétní potřeby, v souvislosti se kterými jsou nabídnuty možnosti pomoci ze strany poskytovatele. V případě, že se obě strany dohodnou na spolupráci, stává se rodina klientem služby a je jí přidělen její klíčový pracovník. Následuje samotné poskytování služby, návštěva pracovníka v domácím prostředí rodiny probíhá zpravidla jednou za 4 až 6 týdnů. V případě nové klientské rodiny mohou být konzultace častější. Doba trvání návštěvy pracovníka v rodině se pohybuje v rozmezí 1,5 až 2 hodin. Každá rodina má svůj individuální plán, který odpovídá jejím konkrétním potřebám (Vachulová, J. 4/2014).

4.3 Poradce rané péče

Chápání role poradce rané péče se měnilo spolu s vývojem oboru. Z počátku se jednalo výlučně o roli experta, což se stávalo častým zdrojem napětí mezi ním a rodinou. Podobu raněporadenské praxe ovlivnil například systemický přístup ke klientům, který vnímá rodiče jako experty na své vlastní dítě a odborník je zde stavěn po bok rodičů. Partnerskému vztahu mezi pracovníky a rodiči velmi napomáhá práce v rodinném prostředí, neboť rodina odborníka zve do svého prostoru, kde není odborník vnímán tolik jako autorita.

Funkce poradce rané péče se může v jednotlivých rodinách různit. Pracovník může být zdrojem emocionální podpory, informací a rad, jak s dítětem jednat, pracovat a vycházet, dále může rodinu provázet a hájit její práva a zájmy-

Nároky na profesní kvalifikaci pracovníků se postupně zvyšují. Jelikož se raná péče stává svébytným oborem se svými speciálními požadavky, původní speciálně-pedagogické, sociální či jiné vzdělání pracovníků přestává být pro výkon této profese dostačující. Rozšířit své znalosti mohou pracovníci například prostřednictvím akreditovaného kurzu Asociace pracovníků v rané péči (APRP) s názvem „Poradce rané péče“, který je zaměřen na konkrétní způsoby práce s dětmi s jednotlivými druhy a stupni postižení, na efektivní přístup k celé rodině, či na způsob práce s osobami v krizi. Účastníci kurzu se učí také kvalitně individuálně plánovat, využívat možnosti supervize apod. (Vachulová, J. 5/2014).

4.4 Historický vývoj rané péče v České republice

Mezi nejstarší pracoviště rané péče patří střediska v Praze (nynější Raná péče EDA, o. p. s.) a Brně (nyní Středisko rané péče Brno SPRP). Aktivita pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením zde byly realizovány již od 80. let 20. století prostřednictvím dobrovolníků v čele s Helenou Flenerovou a psychologem PhDr. Oldřichem Čálkem v Čechách, na Moravě pak s PhDr. Josefem Smýkalem – ředitelem školy pro nevidomé v Brně. V rámci výzkumu ministerstva zdravotnictví, zaměřeného na pohybový vývoj dětí, probíhaly jednou za dva měsíce návštěvy v rodinách.

Informace, potřebné k rozvoji rané péče, byly čerpány převážně ze zahraniční literatury, dostupnost těchto informací byla však vlivem nemožnosti přímého kontaktu se zahraničím značně omezena. Rodiny s dětmi s postižením se v té době setkávaly pouze s podporou v oblasti medicíny, pozornost v oblasti výchovy a vývoje byla dětem věnována až v době předškolního vzdělávání.

V roce 1989 došlo k oddělení České unie nevidomých a slabozrakých (ČUNS) od Svazu invalidů a stala se tak první samostatnou organizací osob s postižením a zároveň prvním zřizovatelem profesionální rané péče v České republice. O čtyři roky později došlo ke spojení pracovišť v Praze a Brně, které do té doby působily pod ČUNS samostatně. V témže roce vzniklo také další pracoviště rané péče v Liberci. O další rok později zahájila svůj provoz pracoviště v Olomouci, Ostravě a Českých Budějovicích. Metodickým pracovištěm pro všechna ostatní střediska se stalo pražské středisko v čele s Terezií Hradilkovou. Roku 1997 vznikla Společnost pro ranou péči, která následně převzala od ČUNS zřizování středisek. V roce 2002 došlo k zprovoznění

dalšího střediska, tentokrát v Plzni. Roku 2010 došlo k oddělení středisek v Praze, Plzni a Liberci a jejich následné transformaci v obecně prospěšné společnosti.

Do roku 1994 byly služby zaměřeny pouze na rodiny s dětmi s postižením zraku. Významným krokem v rozšiřování cílových skupin rané péče byl vznik Poradny časné péče (PČP) v rámci Diakonie ČCE, jejíž služby byly určeny rodinám s dětmi s kombinovaným postižením. Od roku 1990 postupně vznikalo také pracoviště, zaměřené na rodiny s dětmi s postižením sluchu Tamtam, jehož zřizovatelem je Federace rodičů a přátel neslyšících dětí.

Spojením Diakonie, Tamtamu a Společnosti pro ranou péči vzniká v roce 2004 Asociace pracovníků v rané péči (APRP). Mezi cíle Asociace patří sledování, podporování a zvyšování kvality rané péče, prezentace a prosazování rané péče jako oboru i jako sociální služby. Vedle toho je jejím úkolem hájit zájmy pracovišť rané péče spolu se zájmy jejich pracovníků a zajišťovat vzdělávání pracovníků. Kurzy „Poradce rané péče“ i první národní konference o rané péči v České republice „20 let na cestě“, která se konala v roce 2009 v Olomouci, byly realizovány tuto Asociací. V současné době spadá pod Asociaci pracovníků v rané péči více než dvacet členských pracovišť (Vachulová, J. *Historie počátků rané péče v ČR se zvláštním zřetelem na ranou péči pro rodiny dětí s postižením zraku* [online]).

4.5 Raná péče v Evropě a ve světě

S cíleným poskytováním komplexních služeb rané péče se setkáváme od konce 60. let 20. století, nejprve v USA. Jejich vznik byl ovlivněn několika směry. Jedním z nich byla teorie imprintingu (vpečet'ování), jež vycházela z předpokladu, že na utváření osobnosti dítěte mají velký vliv první tři roky života dítěte. Jedním z východisek se staly také výsledky výzkumů zaměřených na interakci matka-dítě, rodina-dítě a intuitivní rodičovství, dále poznatky o účinnosti stimulace v raném věku dítěte spolu s poznatky o příčinách a důsledcích deprivace. Svým dílem na zavedení poskytování služeb rané péče v USA přispělo také hnutí rodičů za práva postižených osob v 70. letech, usilující o právo na rovné podmínky, právo žít ve vlastní rodině a další práva. Od 80. let se v oblasti poskytování služeb rané péče ve světě setkáváme s novými trendy, mezi které patří například přechod od institucionální péče k poskytování v prostředí přirozeném pro dítě, přechod od zaměření služeb na jednotlivce k zaměření na celou rodinu, změna v oblasti přístupu ke klientům od

expertního k partnerskému vztahu mezi pracovníkem a rodičem aj. (Hradilková, T. in Hradilková, T., Květoňová – Švecová, L., Vachulová, J. 1998).

Raná péče je v současné době ve členských zemích Evropské unie poskytována následujícími třemi způsoby:

- místní a decentralizovaný model, kdy je poskytování služeb zajištěno místními úřady - např. severské země
- speciální model, kdy je služba poskytována v rámci speciálních institucí, které poskytují sociální, zdravotní a vzdělávací služby – např. Francie, Německo, Česká republika
- „vnitřní servis“ – jedná se o spolupráci mezi místními, regionálními a národními centry – např. Portugalsko (Jurkovičová a kol. 2008, s. 29 – 30)

Následující část kapitoly se zabývá situací rané péče v Evropě a vychází ze zprávy Evropské agentury pro rozvoj speciálního vzdělávání s názvem „Raná péče – pokrok a vývoj 2005 – 2010“. V této zprávě je obsažen přehled pokroků a změn v oblasti rané péče na evropské úrovni od roku 2005. Níže jsou uvedeny některé ze závěrů zprávy.

- *Slovinsko* – problémem je jasné definování jednotlivých cílových skupin. Pomoc rodině je vnímána jako nedostatečná. Navíc zde neexistuje žádné opatření, které by eliminovalo překrývání služeb a zajistilo jejich koordinaci v rámci jednotlivých rezortů. Nejsou zde zavedeny standardy kvality pro poskytování služeb rané péče.
- *Polsko* – zde je raná péče poskytována v souvislosti s primární diagnózou a neodvíjí se od speciálních vývojových potřeb dítěte. Nejsou zde zavedeny standardy kvality pro poskytování služeb rané péče.
- *Řecko* – raná péče je zde poskytována v první řadě nestátním sektorem (soukromá centra, asociace rodičů či speciálních pedagogů apod.), se kterým v některých případech spolupracuje také ministerstvo školství a zdravotnictví.
- *Velká Británie* – zde se setkáváme s kompletním celonárodním sceeningovým programem, který je prováděn v prvních dnech života dítěte v rámci klinické péče. V prvních dvou letech života dítěte navštěvují rodinu zdravotníci za účelem kontroly zdravotního stavu dítěte a v případě jakýchkoli potíží doporučují dítě k vyšetření k lékaři. Existuje zde program s názvem „Jistý start“, který se soustřeďuje na geografické oblasti považované za vysoce sociálně znevýhodněné a přispívá tím ke kompenzaci sociálního znevýhodnění. Funguje

zde také národní implementační program, jehož cílem je podpora rozvoje služeb rané péče a podpora partnerství pomocí společných setkání, kterých se účastní také rodiny dětí.

- *Island* – screeningový program je uplatňován pro všechny děti ve věku 2,5 let a 4 roky.
- *Malta* – dětem je poskytována komplexní diagnostika od narození do 6 let v případech, kdy dítě k vyšetření doporučí některá z klinik, pediatři, logopedi nebo jiní odborníci. Následuje pedagogická péče v rodinách, kdy učitelé navštěvují dítě v domácím prostředí a za pomoci rodičů se snaží, aby si dítě osvojilo základní dovednosti, než nastoupí do systému vzdělávání.
- *Lotyšsko* – nárok na služby rané péče mají přednostně rodiny dětí, které mají závažnější problémy. Řadí se sem jak závažnější zdravotní, tak socioekonomická situace dítěte.
- *Francie* – v zemi byla vypracována studie, jejíž výsledky ukázaly, že řada rodin, které jsou znevýhodněné nejvíce, služeb rané péče nevyužívá, neboť je vnímá jako stigmatizující. Nejvíce potřebné rodiny tedy služeb využívají nejméně. Do praxe zde vstupuje nový přístup, který vyžaduje vyšší míru spolupráce mezi odborníky a rodiči.
- *Litva* – kvalita služeb je výrazně liší v závislosti na geografické oblasti. Venkovské oblasti se potýkají s nedostatkem služeb.
- *Německo* – téměř 50% veškerých intervencí probíhá v domácím prostředí rodiny. Raná péče též poskytuje různá sezení týkající se potřeb dítěte. Rodiče se aktivně účastní na veškerém rozhodování o svém dítěti. Na službách rané péče v této zemi spolupracují odborníci z různých oborů, interdisciplinární týmy se scházejí každý týden a společně diskutují nad jednotlivými případy, koncepcemi a důležitými tématy rané péče.
- *Rakousko* – v některých spolkových zemích jsou služby poskytovány zdarma, v jiných jsou zpoplatněny.
- *Belgie* – poskytovatel služby může po rodičích vyžadovat příspěvek ve výši až 30 euro za měsíc. Služby však musí být poskytnuty i v případě, kdy rodina nemůže příspěvek zaplatit.
- *Portugalsko* – týmy rané péče jsou složeny z odborníků z řad rezortu zdravotnictví, vzdělávání a sociálního zabezpečení. Kvalita poskytovaných

služeb se však v rámci jednotlivých rezortů liší (Raná péče – pokrok a vývoj 2005 – 2010, 2010).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Průzkumné šetření

5.1 Cíle a hypotézy práce

Praktická část práce zjišťuje míru ohrožení poradců rané péče v České republice syndromem vyhoření. Zjištěná míra ohrožení je následně srovnávána s mírou ohrožení naměřenou u pracovníků jiných pomáhajících profesí. Tento průzkum má dále za úkol ověřit souvislost mezi mírou ohrožení a vybranými faktory.

Pro účely této práce byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Poradci rané péče jsou syndromem vyhoření ohroženi podobně jako pracovníci jiných pomáhajících profesí (procentuální zastoupení respondentů obou cílových skupin, u kterých byla naměřená hodnota Burnout Measure, jež udává míru ohrožení syndromem vyhoření, viz dále BM, vyšší než 3 není vyšší než 10%).

H2: Pracovníci, které jejich zaměstnání plně naplňuje, jeví méně příznaku syndromu vyhoření (naměřená hodnota BM je nižší než u ostatních respondentů).

H3: Pracovníci, kteří se za svou práci cítí dostatečně finančně ohodnoceni, jeví méně příznaků syndromu vyhoření (změřená hodnota BM je nižší než u ostatních respondentů).

H4: Pracovníci, kteří vykonávají profesi poradce rané péče déle než 5 let, jsou ve vyšší míře ohroženi syndromem vyhoření (naměřená hodnota BM je vyšší než u ostatních respondentů).

H5: Většina pracovníků (více než 50%) vnímá práci s rodiči jako nejvíce stresující činnost v rámci výkonu své profese.

H6: Většina pracovníků (více než 50%) věnuje nejvíce času v rámci své pracovní doby práci s rodiči.

H7: Většinu pracovníků (více než 50%) nevyhovuje počet klientských rodin svěřených do jejich péče.

5.2 Metoda sběru a vyhodnocení dat

Průzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím anonymních dotazníků. Celý dotazník byl rozdělen do dvou částí, kdy první z nich obsahovala 21 standardizovaných otázek Burnout Measure dotazníku, jenž zjišťuje míru ohrožení syndromem vyhoření. V souvislosti s celkovým vyčerpáním dotazník zkoumá pocity tělesného, emociálního a psychického vyčerpání. Autory dotazníku jsou Ayal Pines a Elliot Aronson (Křivohlavý, J. 1998). Zjištěná míra ohrožení byla následně srovnávána s mírou ohrožení u pracovníků jiných pomáhajících profesí, jejíž zjištění bylo předmětem kvalifikačních prací jiných studentů. Druhá část dotazníku je tvořena 11 otázkami zaměřenými na hodnocení vykonávané profese a názor pracovníků v souvislosti se zajištěním vhodných pracovních podmínek, poslední dvě otázky se týkaly charakteristiky respondentů (pohlaví a délka praxe). Tato část byla vytvořena autorkou práce.

Poradci rané péče byli osloveni prostřednictvím emailu, který obsahoval informace o účelu průzkumu a odkaz na samotný dotazník. Respondenti dotazník vyplňovali elektronickou formou, skrz internetovou stránku www.vyplnto.cz. Kontakty na jednotlivé respondenty si autorka vyhledala pomocí internetových stránek jednotlivých středisek a poraden rané péče.

O spolupráci bylo požádáno celkem 44 poradců rané péče, dotazník vyplnilo 28 z nich. Hodnota návratnosti dotazníků činila necelých 64%. Respondenti měli možnost dotazník vyplnit v průběhu druhé poloviny května 2014.

5.3 Prezentace výsledků

Ke zjištění míry ohrožení syndromem vyhoření se používá Burnout Measure dotazník. Jedná se o standardizovaný dotazník, tvořený 21 otázkami demonstrujícími různé pocity a zkušenosti. Respondent se u každé otázky sám sebe zeptá, jak často se s danými pocity potýká a podle svého dojmu odpoví prostřednictvím jedné z následujících možností:

- nikdy
- jednou za čas
- zřídka kdy
- někdy
- často
- obvykle
- vždy

Následuje vypočítání hodnoty BQ podle standardizovaného vzorce, výsledek udává míru ohrožení burnout syndromem. Naměřená hodnota BQ se podle své hodnoty zařadí do jedné z pěti kategorií, z nichž je každá charakterizována dle své závažnosti:

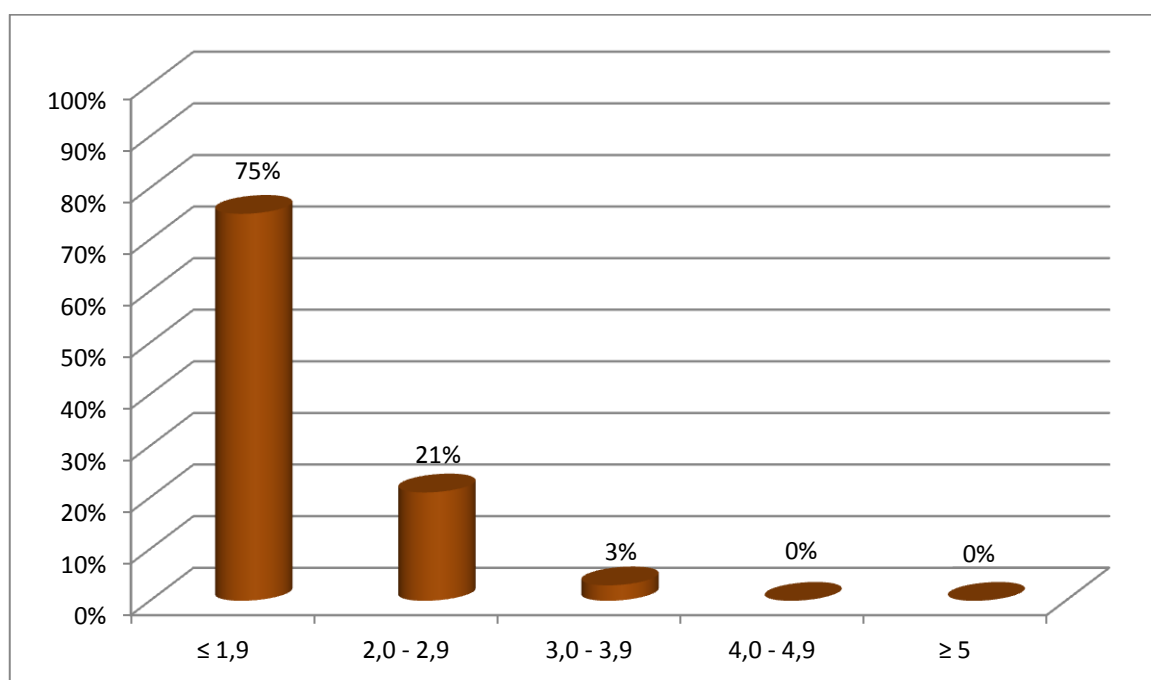
- Je-li naměřená BQ hodnota menší než číslo 2, lze tento výsledek pokládat z hlediska psychologie zdraví za *dobrý*.
- Hodnotu menší než číslo 3 lze pokládat za *uspokojivou*.
- S hodnotou, pohybující se v rozmezí čísel 3,0 – 4,0, se pojí doporučení zamyslet se nad svým životem a *ujasnit si žebříček hodnot*.
- Za *prokázanou* lze *přítomnost syndromu vyhoření* považovat v případě výsledné hodnoty 4,0 – 5,0. V tomto případě je vhodné navštívit psychoterapeuta a svůj stav nepodceňovat.
- V případě výsledku přesahující hodnotu 5,0 lze hovořit o *havarijním signálu*, kdy je odborná pomoc nutná (Křivohlavý, J. 1998).

Tato část dotazníku byla zaměřena na zjištění míry ohrožení syndromem vyhoření u poradců rané péče. Následující prezentace výsledků je přejata od autorů BM dotazníku (Křivohlavý, J. 1998).

Nejpočetnější skupina respondentů (75%) vykazuje naměřenou BM hodnotu menší než 2, dle výše zmíněné škály se jedná o dobrý výsledek. U v pořadí druhé nejpočetnější skupiny (21%) lze výslednou hodnotu označit jako uspokojivou. Jeden respondent se svou BM hodnotou zařadil mezi ty, kteří by si měli ujasnit svůj žebříček hodnot (viz tab. 1 a graf 1).

Hodnota BM	Absolutní četnost	Relativní četnost	Výsledná kategorie
$\leq 1,9$	21	75%	Dobrý výsledek
2,0 – 2,9	6	21%	Uspokojivý výsledek
3,0 – 3,9	1	4%	Zamyslet se nad svým životem
4,0 – 4,9	0	0%	Přítomnost syndromu vyhoření
≥ 5	0	0%	Havarijní signál, odborná pomoc je nutná
Počet celkem	28	100%	

Tab. 1: BM u poradců rané péče



Graf 1: BM u poradců rané péče

Výsledné hodnoty BM u poradců rané péče byly srovnány s BM hodnotami s několika skupinami jiných pracovníků v pomáhajících profesích. První srovnávanou skupinou byli pracovníci v sociálních službách zaměstnaní v denních stacionářích (Prokopová, L. 2011), viz tab. 2 a graf 2. Druhou skupinu tvořili zaměstnanci domova pro osoby se

zdravotním postižením (Matušková, L. 2009), viz tab. 3 a graf 2. Poslední skupina zahrnovala speciální pedagogy (Králová, L. 2011), viz tab. 4 a graf 2.

Hodnota BM	Absolutní četnost	Relativní četnost	Výsledná kategorie
≤ 1, 9	4	17%	Dobry výsledek
2,0 – 2,9	11	48%	Uspokojivý výsledek
3,0 – 3,9	6	26%	Zamyslet se nad svým životem
4,0 – 4,9	2	9%	Přítomnost syndromu vyhoření
≤ 5	0	0%	Havarijní signál, odborná pomoc je nutná
Počet celkem	23	100%	

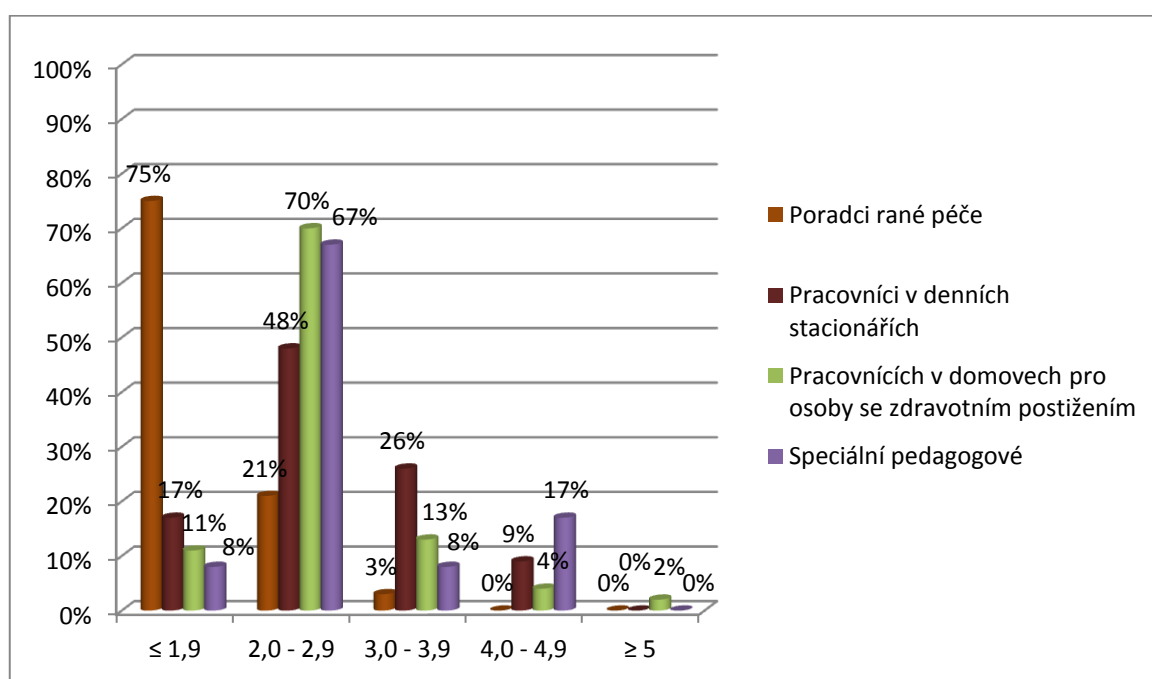
Tab. 2: BM u pracovníků denních stacionářů (Prokopová, L. 2011)

Hodnota BM	Relativní četnost	Výsledná kategorie
≤ 1, 9	11%	Dobry výsledek
2,0 – 2,9	70%	Uspokojivý výsledek
3,0 – 3,9	13%	Zamyslet se nad svým životem
4,0 – 4,9	4%	Přítomnost syndromu vyhoření
≤ 5	2%	Havarijní signál, odborná pomoc je nutná
Počet celkem	100%	

Tab. 3: BM u zaměstnanců domovů pro osoby se zdravotním postižením (Matušková, L. 2009)

Hodnota BM	Absolutní četnost	Relativní četnost	Výsledná kategorie
≤ 1,9	1	8%	Dobrý výsledek
2,0 – 2,9	8	67%	Uspokojivý výsledek
3,0 – 3,9	1	8%	Zamyslet se nad svým životem
4,0 – 4,9	2	17%	Přítomnost syndromu vyhoření
≥ 5	0	0%	Havarijní signál, odborná pomoc je nutná
Počet celkem	12	100%	

Tab. 4: BM u speciálních pedagogů (Králová, L. 2011)



Graf 2: Srovnání BM u jednotlivých skupin pracovníků v pomáhajících profesích

Následující část dotazníku se skládá z otázek zaměřených na hodnocení vykonávané profese (pocit naplnění spojený s výkonem profese, vnímání její smysluplnosti aj.) a míry zajištění vhodných pracovních podmínek. Poslední dvě otázky charakterizují průzkumný vzorek z hlediska věku a délky praxe.

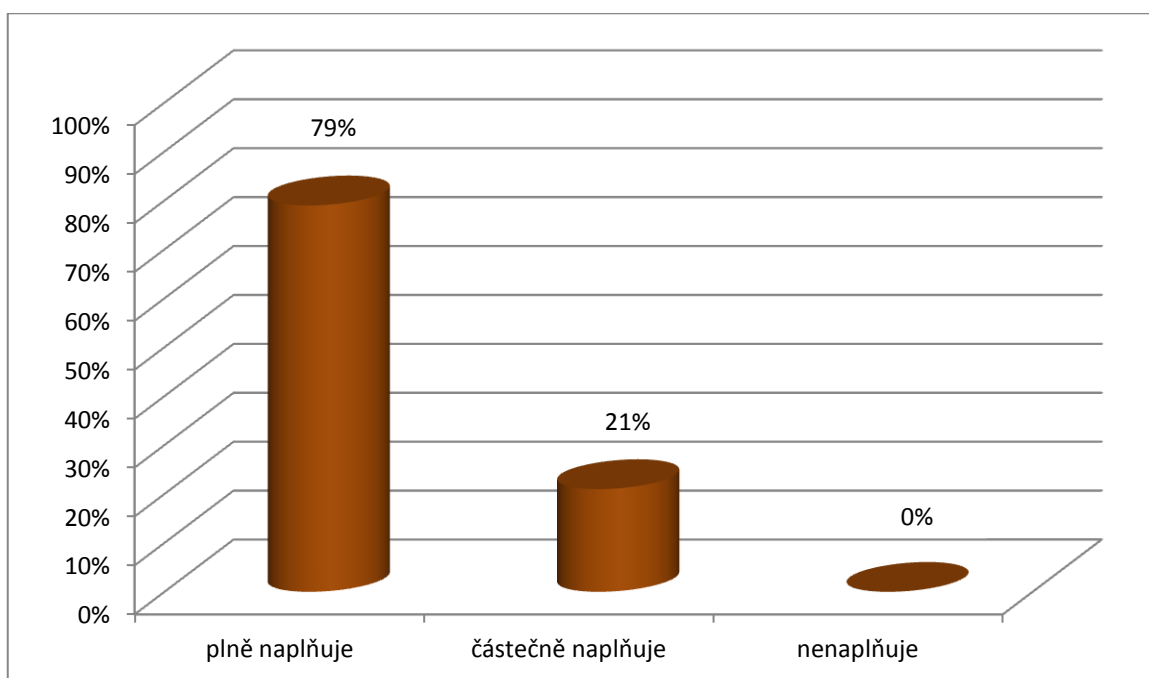
Naplňuje Vás Vaše zaměstnání?

Tato otázka zjišťovala subjektivní pocit naplnění respondenta, který mu výkon profese poradce rané péče přináší. Většinu respondentů výkon této profese naplňuje plně (79%), zbylou část částečně (21%). S pocitem nenaplnění v souvislosti s výkonem tohoto zaměstnání se nesetkáváme u žádného respondenta (viz tab. 5 a graf 3).

U obou skupin respondentů byla vypočítána průměrná hodnota BM. U respondentů, které jejich zaměstnání naplňuje plně, byla naměřena průměrná hodnota BM 1,6, což je velmi dobrý výsledek. Průměrná BM hodnota respondentů, které jejich zaměstnání naplňuje částečně, byla rovna číslu 2, tento výsledek lze hodnotit jako uspokojivý. Mezi jednotlivými skupinami tedy nebyly shledány výrazné rozdíly v naměřené hodnotě BM. Výsledky obou skupin lze, z hlediska ohrožení syndromem vyhoření, pokládat za dobré až uspokojivé (viz tab. 5)

Naplňuje Vás Vaše zaměstnání?	Absolutní četnost	Relativní četnost	Prům. hodnota BM
plně naplňuje	22	79%	1,6
částečně naplňuje	6	21%	2
nenaplňuje	0	0%	0
Počet celkem	28	100%	1,8

Tab. 5: Pocit naplnění v souvislosti s výkonem profese



Graf 3: Pocit naplnění v souvislosti s výkonem profese

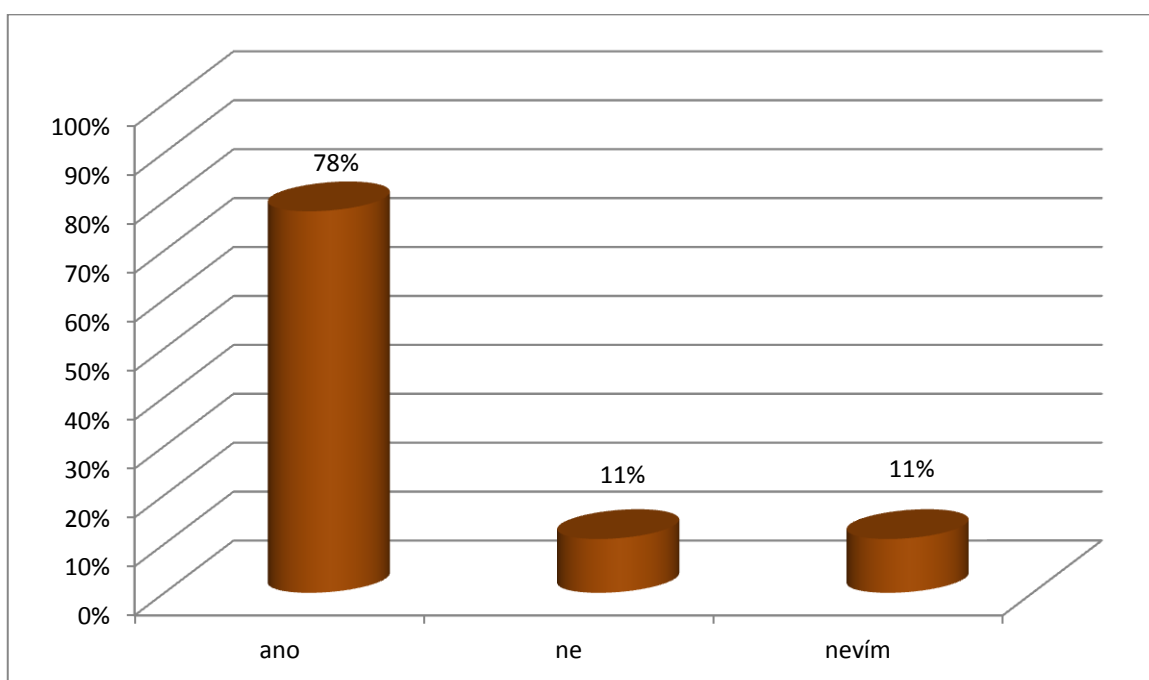
Uvažujete o změně zaměstnání?

Otázka zjišťovala, zda respondent uvažuje o změně zaměstnání. Podle výsledků uvažuje o změně zaměstnání 11% respondentů, dalších 11% neví, zda o změně uvažuje. Většina respondentů (78%) o jiném zaměstnání neuvažuje (viz tab. 6 a graf 4).

U jednotlivých skupin dotazovaných byly opět vypočítány průměrné hodnoty BM. Skupina uvažující o jiném zaměstnání vykazuje průměrnou hodnotu BM 1,8. U skupiny, která zvolila možnost „nevím“, sledujeme hodnotu 2,2. Průměrná hodnota respondentů, kteří o změně zaměstnání neuvažují se rovná 1,6. Mezi jednotlivými skupinami nebyly shledány výrazné rozdíly v naměřené hodnotě BM. Výsledky obou skupin lze, z hlediska ohrožení syndromem vyhoření, pokládat za dobré až uspokojivé (viz tab. 6).

Uvažujete o změně zaměstnání?	Absolutní četnost	Relativní četnost	Průměrná hodnota BM
ano	3	11%	1,8
ne	3	11%	1,6
nevím	22	78%	2,4
Počet celkem	28	100%	1,9

Tab. 6: Úvahy o změně zaměstnání



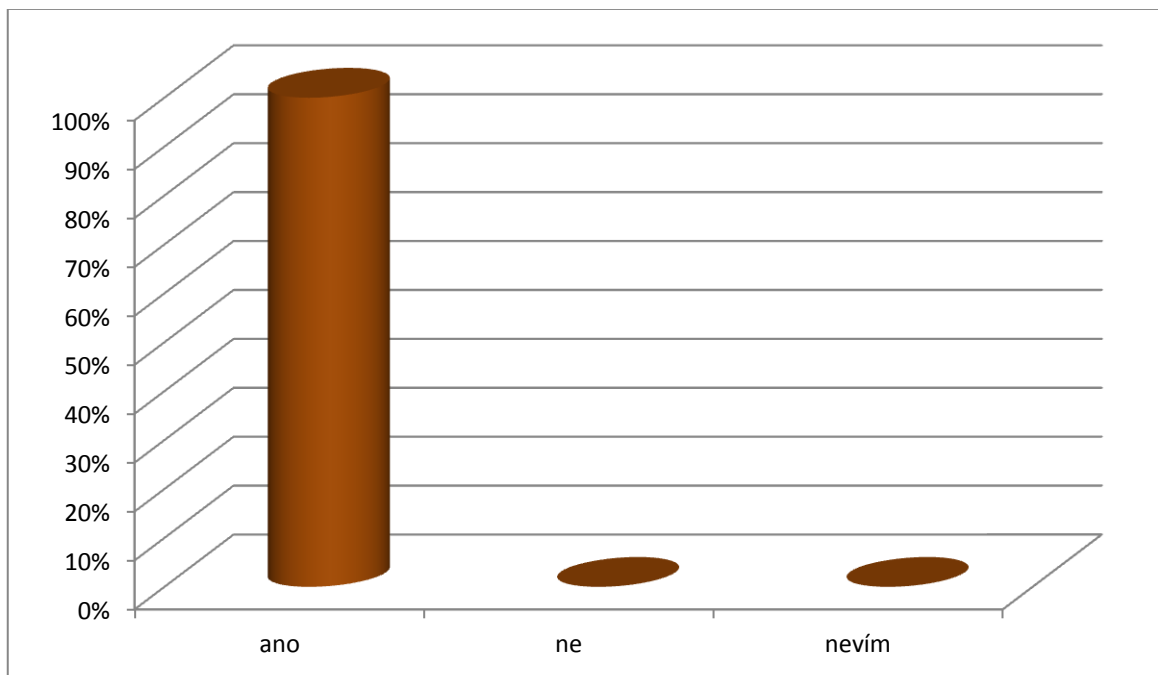
Graf 4: Úvahy o změně zaměstnání

Domníváte se, že má Vaše práce smysl?

Tato otázka zkoumala názor respondenta na smysluplnost jeho profese. Všichni dotazovaní se shodli, že profese, jíž se věnují, je smysluplná (viz tab. 7 a graf 5).

Domníváte se, že má Vaše práce smysl?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	28	100%
ne	0	0%
nevím	0	0%
Počet celkem	28	100%

Tab. 7: Smysluplnost profese



Graf 5: Smysluplnost profese

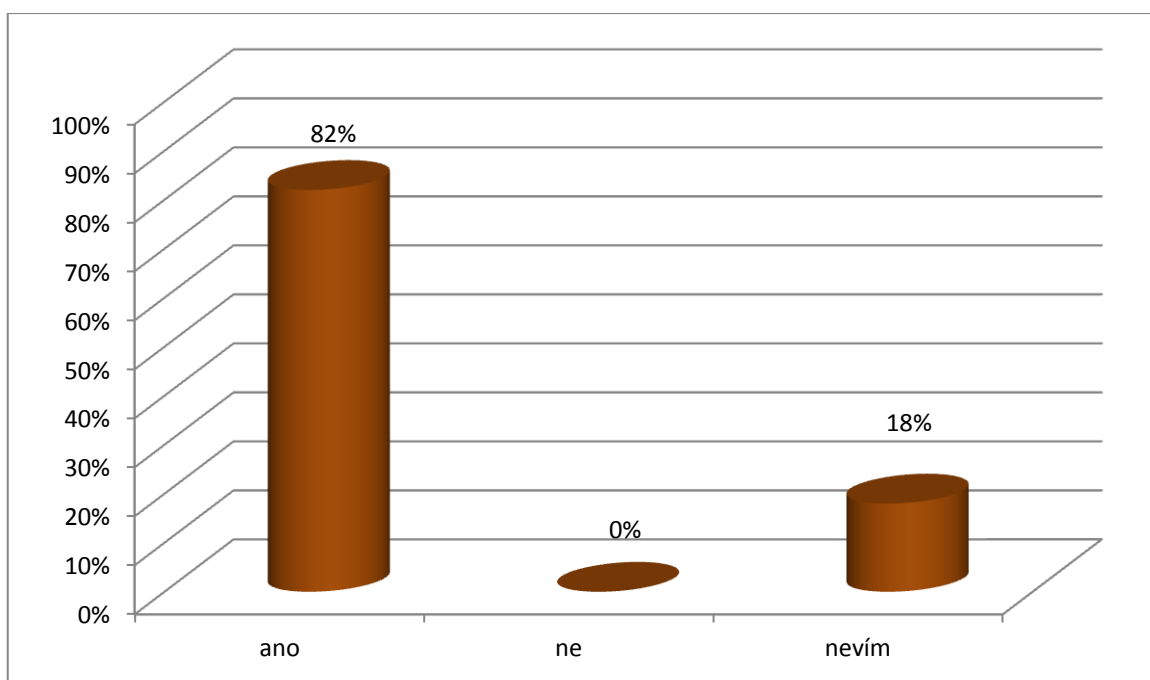
Myslíte si, že svou práci vykonáváte dobře?

Tato otázka zjišťovala názor respondenta na kvalitu jeho pracovního výkonu. Většina oslovených poradců rané péče (82%) se domnívá, že svou práci vykonává dobře. Zbývající respondenti (18%) si kvalitou svého výkonu nejsou jisti (viz tab. 8 a graf 6).

U obou skupin dotazovaných byla opět vypočítána průměrná hodnota BM. Skupina, která se domnívá, že svou práci vykonává dobře, vykazovala hodnotu BM 1,6. U souboru respondentů, kteří si nejsou jisti, zda svou práci vykonávají dobře, byla naměřena průměrná hodnota BM 2,1. Mezi jednotlivými skupinami nebyly shledány výrazné rozdíly v naměřené hodnotě BM. Výsledky obou skupin lze, z hlediska ohrožení syndromem vyhoření, pokládat za dobré až uspokojivé (viz tab. 8).

Myslíte si, že svou práci vykonáváte dobře?	Absolutní četnost	Relativní četnost	Průměrná hodnota BM
ano	23	82%	1,6
ne	0	0%	0
nevím	5	18%	2,1
Počet celkem	28	100%	1,9

Tab. 8: Hodnocení osobního pracovního výkonu



Graf 6: Hodnocení osobního pracovního výkonu

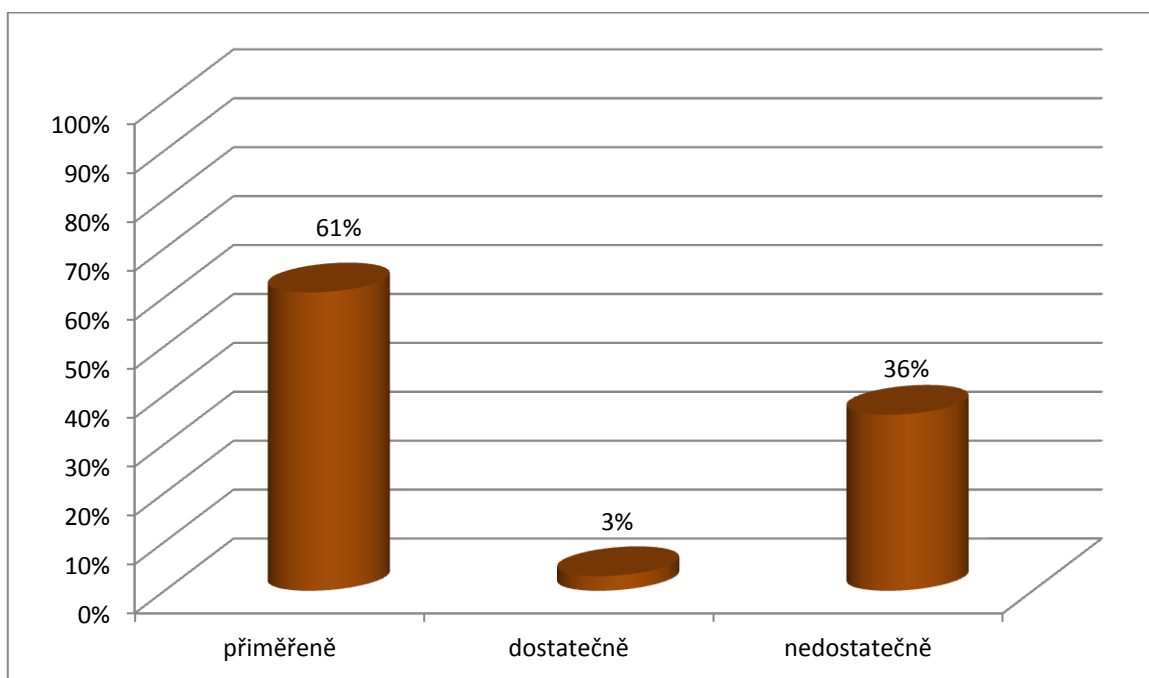
Do jaké míry se cítíte za svou práci finančně ohodnocen(a)?

Otázka zjišťovala názor respondentů na jejich finanční ohodnocení. Nejpočetnější skupina dotazovaných (61%) se domnívá, že je jejich finanční ohodnocení za vykonanou práci přiměřené. Za dostatečné pokládá finanční ohodnocení 3% respondentů. Poměrně početná skupina (36%) vnímá finanční ohodnocení jako nedostatečné (viz tab. 9 a graf 7).

Opět byl proveden výpočet hodnoty BM u každé ze zastoupených skupin. U skupiny považující své finanční ohodnocení za přiměřené i skupiny, která jej považuje za dostatečné, byla naměřena stejná průměrná BM hodnota 1,7. Průměrná hodnota BM respondentů, kteří označili své finanční ohodnocení jako nedostatečné, se příliš nelišila od ostatních skupin – 1,8. Mezi hodnotami BM jednotlivých skupin nebyl shledán téměř žádný rozdíl (viz tab. 9).

Do jaké míry se cítíte za svou práci finančně ohodnoceni?	Absolutní četnost	Relativní četnost	Průměrná hodnota BM
přiměřeně	17	61%	1,7
dostatečně	1	3%	1,7
nedostatečně	10	36%	1,8
Počet celkem	28	100%	1,7

Tab. 9: Finanční ohodnocení



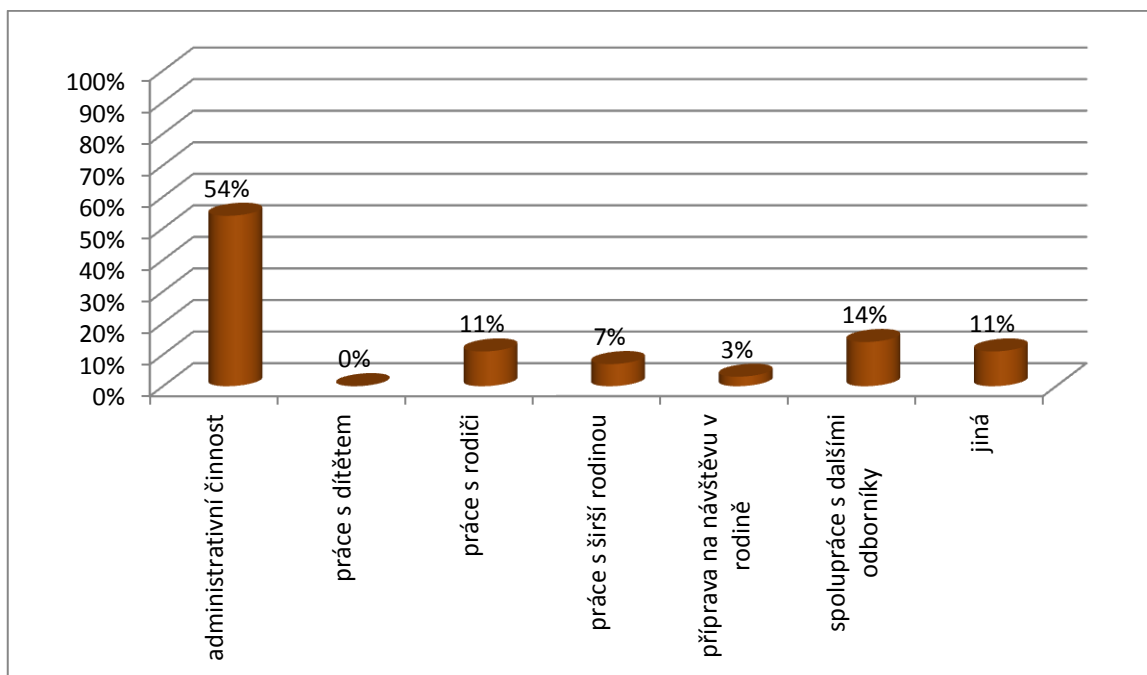
Graf 7: Finanční ohodnocení

Která pracovní činnost je pro Vás nejvíce stresující?

Otázka měla za úkol zjistit, kterou z činností v rámci své pracovní náplně vnímá respondent jako nejvíce zatěžující. Pro 54% dotazovaných je největším zdrojem stresu administrativní činnost. Spolupráci s dalšími odborníky zvolilo jako nejvíce stresující 14% respondentů. V dalším pořadí následují spolupráce s rodiči (11%), jiná blíže nspecifikovaná činnost (11%), práce s širší rodinou (7%) a příprava na návštěvu v rodině (3%). Práci s dítětem ne zvolil jako nejvíce stresující žádný z respondentů (viz tab. 10 a graf 8).

Která pracovní činnost je pro Vás nejvíce stresující?	Absolutní četnost	Relativní četnost
administrativní činnost	15	54%
práce s dítětem	0	0%
práce s rodiči	3	11%
práce s širší rodinou	2	7%
příprava na návštěvu v rodině	1	3%
spolupráce s dalšími odborníky	4	14%
jiná	3	11%
Počet celkem	28	100%

Tab. 10: Nejvíce stresující pracovní činnost



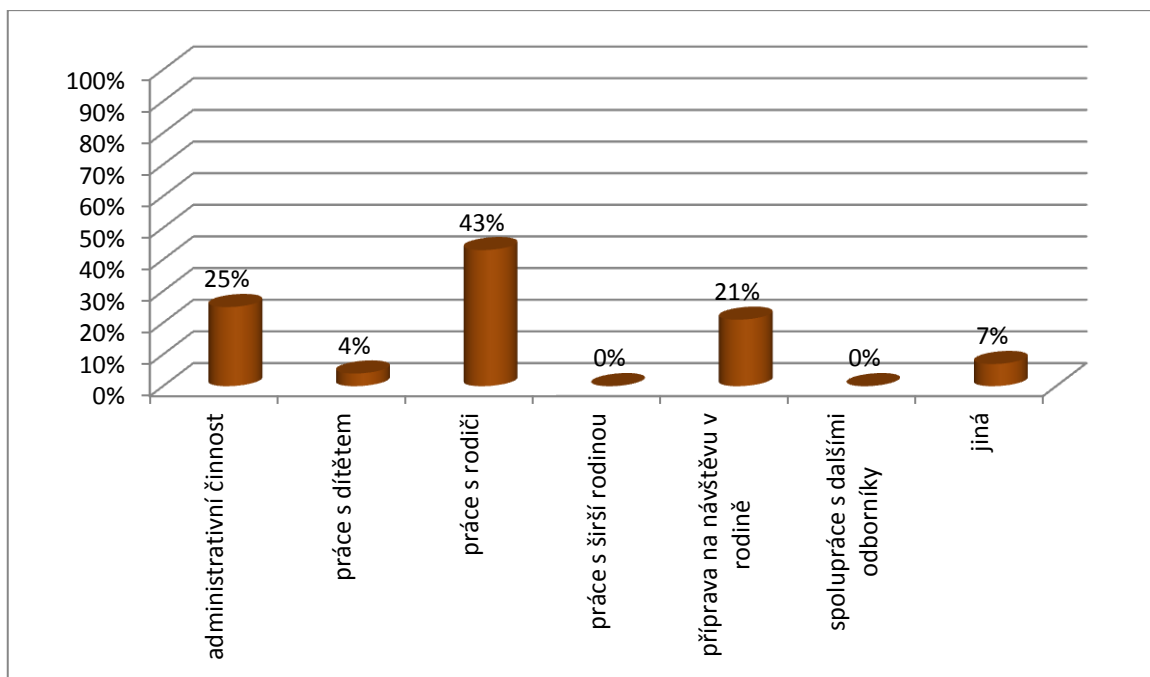
Graf 8: Nejvíce stresující pracovní činnost

Které činnosti věnujete v rámci své pracovní doby nejvíce času?

Tato otázka zjišťovala, které z pracovních činností věnuje respondent v rámci pracovní doby nejvíce času. Nejpočetnější skupina (43%) dotazovaných věnuje největší část pracovní doby práci s rodiči. Administrativní činností věnuje nejvíce času 25% respondentů. Ostatní činnosti jsou seřazeny dle četnosti v následujícím pořadí: příprava na návštěvu v rodině (21%), jiná činnost (7%), práce s dítětem (4%) - (viz tab. 11 a graf 9).

Které činnosti věnujete v rámci pracovní doby nejvíce času?	Absolutní četnost	Relativní četnost
administrativní činnost	7	25%
práce s dítětem	1	4%
práce s rodiči	12	43%
práce s širší rodinou	0	0%
příprava na návštěvu v rodině	6	21%
spolupráce s dalšími odborníky	0	0%
jiná	2	7%
Počet celkem	28	100%

Tab. 11: Pracovní činnost, které respondent věnuje v rámci své pracovní doby nejvíce času



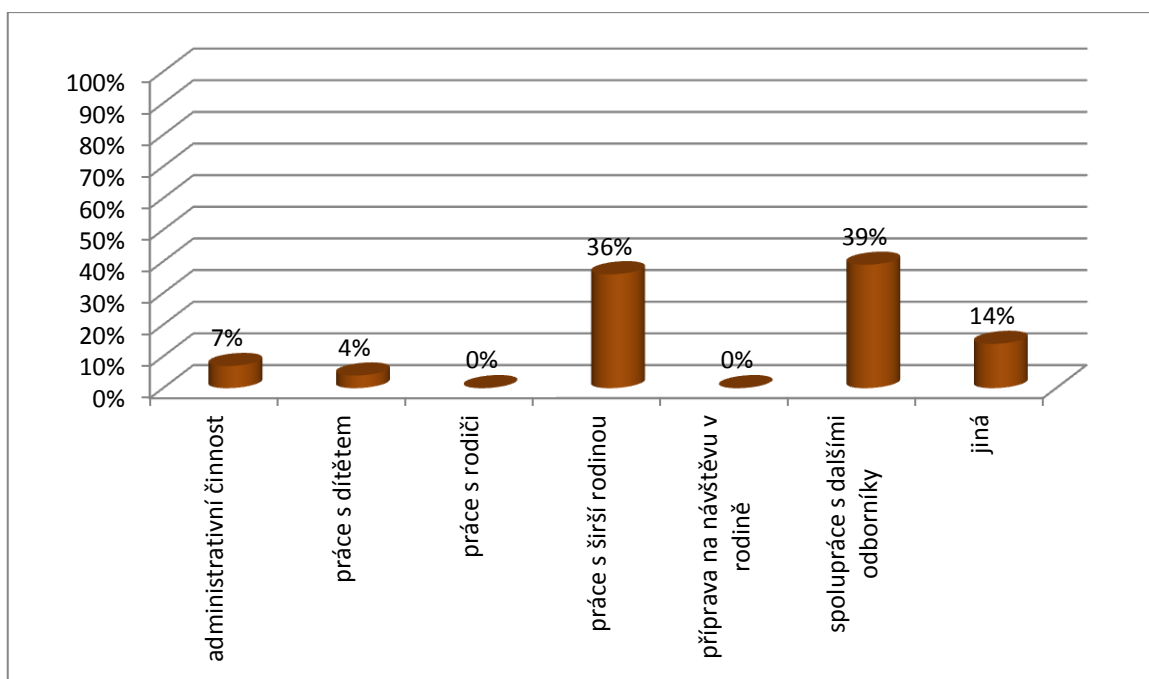
Graf 9: Pracovní činnost, které respondent věnuje v rámci své pracovní doby nejvíce času

Které činnosti věnujete v rámci své pracovní doby nejméně času?

Tato otázka zjišťovala, které činnosti věnuje respondent v rámci své pracovní doby naopak času nejméně. Stejně jako u předešlé otázky i zde se možnosti značně liší. Nejpočetnější skupina respondentů (39%) označila jako činnost, jíž věnují nejméně času spolupráci s dalšími odborníky. Druhou nejčastěji zvolenou možností byla práce s širší rodinou (36% dotazovaných). Ostatní činnosti následují v tomto pořadí: jiná možnost (14%), administrativní činnost (7%), práce s dítětem (4%) – (viz tab. 12 a graf 10).

Které činnosti věnujete v rámci pracovní doby nejméně času?	Absolutní četnost	Relativní četnost
administrativní činnost	2	7%
práce s dítětem	1	4%
práce s rodiči	0	0%
práce s širší rodinou	10	36%
příprava na návštěvu v rodině	0	0%
spolupráce s dalšími odborníky	11	39%
jiná	4	14%
Počet celkem	28	100%

Tab. 12: Pracovní činnost, které respondent věnuje v rámci své pracovní doby nejméně času



Graf 10: Pracovní činnost, které respondent věnuje v rámci své pracovní doby nejméně času

Vyhovuje Vám počet klientů, se kterými pracujete?

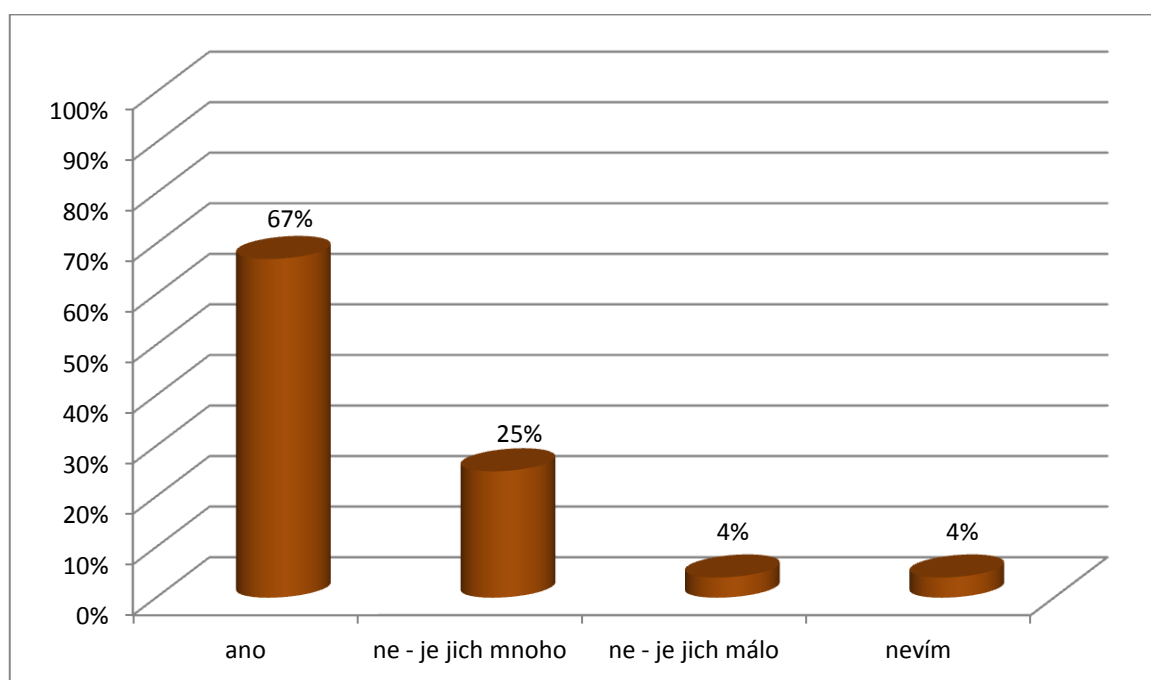
Tato otázka zjišťovala, zda je respondent spokojený s počtem rodin, se kterými pracuje. Většině dotazovaných respondentů (67%) počet rodin svěřených do jejich péče vyhovuje. Další skupina respondentů (25%) uvedla, že jim počet klientských rodin nevyhovuje, neboť je jich mnoho. Svou nespokojenost z důvodu malého počtu

klientských rodin vyjádřil celkem jeden respondent (4%). Jedenkrát (4%) se objevila také možnost „nevím“ (viz tab. 13 a graf 11).

Také v tomto případě byla u jednotlivých skupin respondentů vypočítána průměrná hodnota BM. Mezi naměřenými hodnotami nebyly rozpoznány téměř žádné rozdíly. Skupina, které počet klientů vyhovuje, vykazovala průměrnou hodnotu BM 1,7, stejného výsledku dosáhla skupina uvádějící počet klientů jako nevyhovující, neboť je jich mnoho. S výsledkem průměrné BM hodnoty 1,7 se setkáváme taky u respondenta, který zvolil možnost „nevím“. Hodnota BM 1,5 náleží respondentovi, kterému počet rodin nevyhovuje, neboť je jich málo (viz tab. 13).

Vyhovuje Vám počet klientů, se kterými pracujete?	Absolutní četnost	Relativní četnost	Průměrná hodnota BM
ano	19	67%	1,7
ne – je jich mnoho	7	25%	1,7
ne – je jich málo	1	4%	1,5
nevím	1	4%	1,7
Počet celkem	28	100%	1,7

Tab. 13: Spokojenost respondenta s počtem klientských rodin



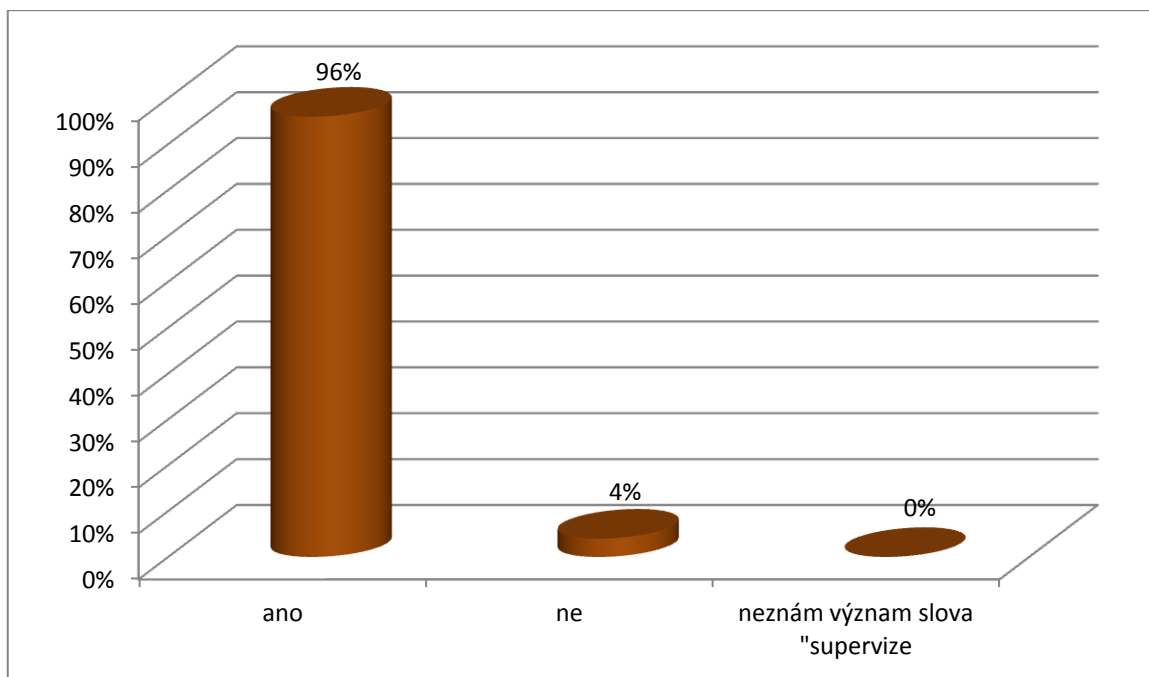
Graf 11: Spokojenost respondenta s počtem klientských rodin

Probíhají ve Vašem zařízení odborné supervize?

Otázka zjišťovala, zda je v zařízení, v němž respondent pracuje, poskytována odborná supervize. Naprostá většina respondentů (96%) uvedla, že zařízení, ve kterém působí, odbornou supervizi zajišťuje. Jeden respondent (4%) uvedl, že organizace, v níž je zaměstnán, supervizi neposkytuje (viz tab. 14 a graf 12).

Probíhají ve Vašem zařízení odborné supervize?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	27	96%
ne	1	4%
neznám význam slova „supervize“	0	0%
Počet celkem	28	100%

Tab. 14: Zajištění odborné supervize v organizaci, v níž je respondent zaměstnán



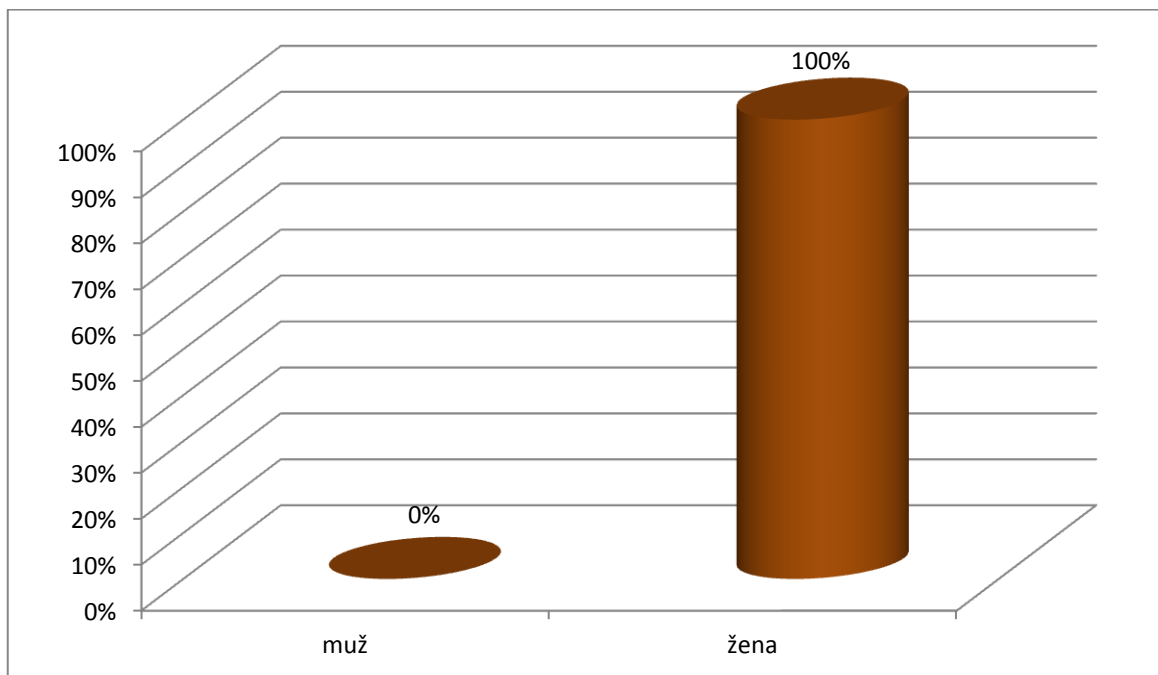
Graf 12: Zajištění odborné supervize v organizaci, v níž je respondent zaměstnán

Jste muž/žena?

Otázka byla zaměřena na charakteristiku respondenta z hlediska pohlaví. Ve všech případech (100%) se jednalo o ženy (viz tab. 15 a graf 13).

Jste muž/žena?	Absolutní četnost	Relativní četnost
muž	0	0%
žena	28	100%
Počet celkem	28	100%

Tab. 15: Charakteristika respondenta z hlediska pohlaví



Graf 13: Charakteristika respondenta z hlediska pohlaví

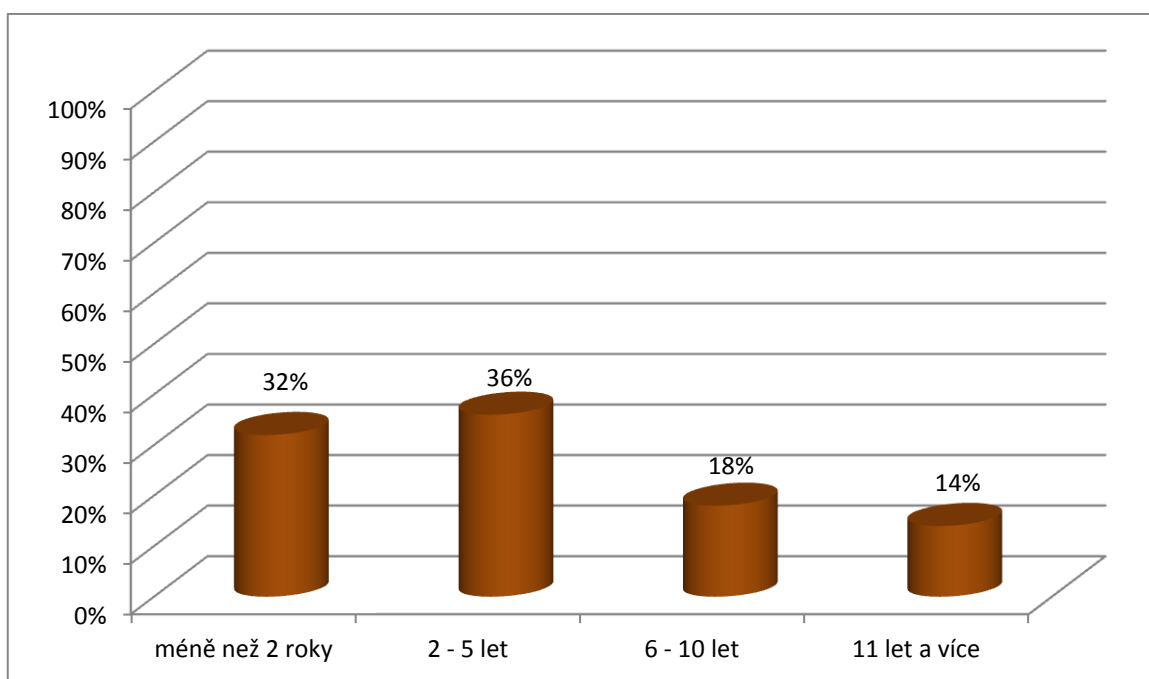
Jak dlouho jste zaměstnaný(á) jako poradce rané péče?

Poslední otázka měla za úkol zjistit délku profesního působení respondenta jako poradce rané péče. Výsledky ukázaly, že nejpočetnější skupina respondentů (36%) tuto profesi vykonává v rozmezí 2 – 5 let. Méně než dva roky v praxi působí 32% respondentů. Přibližně 18% dotazovaných je na této pozici zaměstnáno po dobu 6 – 10 let, ve 14% případech se jedná o praxi delší než 11 let (viz tab. 16 a graf 14).

U jednotlivých skupin dle délky praxe byla vypočítána průměrná hodnota BM. Ani v tomto případě nebyly mezi jednotlivými skupinami zaznamenány výraznější rozdíly v průměrné hodnotě BM. Respondenti, zaměstnaní jako poradci rané péče méně než dva roky, vykazovaly průměrnou hodnotu BM 1,7, stejně jako ti, kteří v praxi působí v rozmezí 2 – 5 let. U skupiny působící v této profesi v období 6 – 10 let byla naměřena hodnota BM 1,8. Výsledek hodnoty BM u skupiny s délkou praxe více než 11 let byl roven 1,5 (viz tab. 16).

Jak dlouho jste zaměstnaný(á) jako poradce rané péče?	Absolutní četnost	Relativní četnost	Průměrná hodnota BM
méně než 2 roky	9	32%	1,7
2 – 5 let	10	36%	1,7
6 – 10 let	5	18%	1,8
11 let a více	4	14%	1,5
Počet celkem	28	100%	1,7

Tab. 16: Charakteristika respondenta z hlediska délky praxe



Graf 14: Charakteristika respondenta z hlediska délky praxe

5.4 Vyhodnocení a závěry průzkumného šetření

H1: Poradci rané péče jsou syndromem vyhoření ohroženi podobně jako pracovníci jiných pomáhajících profesí (procentuální zastoupení respondentů obou cílových skupin, u kterých byla naměřená hodnota BM vyšší než 3, není vyšší než 10%).

Tato hypotéza byla hodnocena na základě výsledků dotazníku BM u poradců rané péče v porovnání s výsledky téhož dotazníku u pracovníků zaměstnaných v denních stacionářích (Prokopová, L. 2011), pracovníků zaměstnaných v domovech pro osoby se zdravotním postižením (Matušková, L. 2009) a speciálních pedagogů (Králová, L. 2011). Z výsledků, které průzkum přinesl, vyplynulo, že procentuální zastoupení respondentů z řad poradců rané péče, u kterých byla naměřena výsledná hodnota BM vyšší než 3, bylo rovno 4%. U skupiny pracovníků denních stacionářů s naměřenou BM hodnotou vyšší než 3, bylo procentuální zastoupení rovno celkem 37%, u pracovníků v domovech pro osoby se zdravotním postižením 19% a u speciálních pedagogů 25%. Poradci rané péče tedy dosáhli nejlepších výsledků z hlediska ohrožení syndromem vyhoření.

Tato hypotéza **se nepotvrdila**.

H2: Pracovníci, které jejich zaměstnání plně naplňuje, jeví méně příznaků syndromu vyhoření (naměřená hodnota BM je nižší než u ostatních respondentů).

Hypotéza byla porovnávána na základě otázky č. 22 („Naplňuje Vás Vaše zaměstnání?“) s výsledky dotazníku BM. Autorka práce předpokládala, že respondenti, které jejich zaměstnání plně naplňuje, dosáhnou nižších hodnot BM než ti, které zaměstnání naplňuje buď jen částečně, nebo dokonce vůbec. Podle výsledků průzkumu se však průměrné hodnoty BM se u jednotlivých skupin výrazně neliší. Respondenti, které jejich zaměstnání naplňuje plně, dosáhly průměrné hodnoty BM 1,6, u těch z dotazovaných, které jejich zaměstnání naplňuje částečně, byla naměřená průměrná hodnota BM 2. Oba výsledky lze z hlediska psychologie zdraví hodnotit jako dobré až uspokojivé.

Tato hypotéza **se nepotvrdila**.

H3: Pracovníci, kteří se za svou práci cítí dostatečně finančně ohodnoceni, jeví méně příznaků syndromu vyhoření (změřená hodnota BM je nižší než u ostatních respondentů).

Platnost této hypotézy byla zjišťována prostřednictvím otázky č. 26 („Do jaké míry se cítíte za svou práci finančně oceněn(a)?“) a dotazníku BM. Autorka práce se domnívala, že skupina dotazovaných, kteří se za svou práci cítí dostatečně finančně ohodnoceni, budou vykazovat, v porovnání s ostatními respondenty, nižší hodnoty BM. Průměrné hodnoty BM se však u jednotlivých skupin dotazovaných téměř nelišily. U respondentů, kteří vnímají své finanční hodnocení jako přiměřené, byla průměrná hodnota BM rovna 1,7, stejně jako v případě respondentů, kteří vnímají své finanční ohodnocení jako dostatečné. Průměrná hodnota BM u respondentů, cítících se nedostatečně finančně ohodnocenými, činila 1,8. Všechny naměřené hodnoty vnímá psychologie zdraví jako dobré.

Tato hypotéza **se nepotvrdila**.

H4: Pracovníci, kteří vykonávají profesi poradce rané péče déle než 5 let, jsou ve vyšší míře ohroženi syndromem vyhoření (naměřená hodnota BM je vyšší než u ostatních respondentů).

Tato hypotéza byla hodnocena na základě otázky č. 33 („Jak dlouho jste zaměstnaný(á) jako poradce rané péče?“) a dotazníku BM. Autorka práce vycházela z předpokladu, že naměřená hodnota BM bude u respondentů, působících v praxi déle než 5 let, vyšší než u ostatních z nich. Hodnoty BM byly však u jednotlivých skupin totožné – 1,7. Tento výsledek pokládá psychologie zdraví za dobrý-

Tato hypotéza **se nepotvrdila**.

H5: Většina pracovníků (více než 50%) vnímá práci s rodiči jako nejvíce stresující činnost v rámci výkonu své profese.

Platnost hypotézy byla posuzována prostřednictvím otázky č. 27 („Která z pracovních činností je pro Vás nejvíce stresující?“). Z průzkumu vyplynulo, že pro většinu respondentů (54%) představuje nejvíce stresující činnost administrativa. Práci s rodiči uvedlo jako nejvíce stresující 11% z nich.

Tato hypotéza **se nepotvrdila**.

H6: Většina pracovníků (více než 50%) věnuje nejvíce času v rámci své pracovní doby práci s rodiči.

Analýza této hypotézy byla prováděna na základě otázky č. 28 („Které z pracovních činností věnujete v rámci své pracovní doby nejvíce času?“). Práci s rodiči věnuje v rámci své pracovní doby nejvíce času 43% dotazovaných. V pořadí druhou nejpočetněji zastoupenou možností byla administrativní činnost (25%).

Tato hypotéza **se nepotvrdila**.

H7: Většině pracovníků (více než 50%) nevyhovuje počet klientských rodin svěřených do jejich péče.

Platnost hypotézy byla zkoumána prostřednictvím otázky č. 30 („Vyhovuje Vám počet klientů, se kterými pracujete?“). Autorka práce předpokládala, že většina respondentů pracuje s větším množstvím klientů než by jim vyhovovalo. Výsledky průzkumu však tento předpoklad vyvrátily, 68% respondentů uvedlo, že jim počet klientských rodin vyhovuje.

Tato hypotéza **se nepotvrdila**.

ZÁVĚR

Tato diplomová se zaměřovala na problematiku syndromu vyhoření u poradců rané péče. Tito pracovníci se v rámci výkonu svého povolání věnují jak všestrannému rozvoji dítěte s postižením, tak práci s rodinou, jejíž situace je vlivem vzniklé situace pro její členy značně zatěžující. Je zřejmé, že výkon tohoto povolání klade na pracovníka všestranně velké nároky. Cílem realizovaného průzkumu bylo zjistit, do jaké míry jsou poradci rané péče ohroženi syndromem vyhoření a ověřit souvislost mezi mírou ohrožení a vybranými faktory.

Teoretická část byla zaměřena na problematiku náročných životních situací a syndromu vyhoření a to jak obecně tak ve spojitosti s pracovním procesem. Jedna z kapitol se věnovala charakteristice osobnosti pracovníka v pomáhající profesi, etickým zásadám a úskalím spojeným s výkonem tohoto povolání. Pozornost byla věnována také rané péči z hlediska charakteristiky služby, historie vzniku aj.

Průzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím standardizovaného dotazníku Burnout Measure a dotazníku zaměřeného na otázky spojené s výkonem profese poradce rané péče. Analýza získaných dat prokázala u těchto pracovníků nízkou míru ohrožení syndromem vyhoření, s výjimkou jednoho pracovníka se všichni zařadili do kategorie dobrého či uspokojivého výsledku z hlediska psychologie zdraví. Poradci rané péče dokonce dosáhli v této oblasti lepších výsledků než jiní pracovníci působící v pomáhajících profesích. Spojitost s vyšším rizikem syndromu vyhoření nebyla prokázána v souvislosti s délkou praxe, finančním ohodnocením za vykonanou práci ani mírou pocitu naplnění, které výkon tohoto povolání přináší. Všichni oslovení pracovníci jsou přesvědčeni, že jejich práce je smysluplná a velká většina z nich věří, že svou práci vykonává dobře. Ukázalo se, že jako nejvíce stresující činnost v rámci svého povolání, vnímají tito pracovníci úkoly spojené s administrativou a nejvíce času v rámci své pracovní doby věnují práci s rodiči. Téměř ve všech zařízeních, ve kterých oslovení respondenti pracují, je zajišťována odborná supervize.

Výsledky tohoto průzkumu jsou pro autorku práce značně překvapující a to hlavně tím, v jak malé míře vykazují vykonavatelé tak nelehkého povolání příznaky syndromu vyhoření. Fakta vyplývající z tohoto šetření by mohla sloužit jako podklad k hlubší analýze spokojenosti a potřeb pracovníků spojených s výkonem tohoto povolání za účelem dalšího zkvalitňování jejich služeb a prevence syndromu vyhoření. Výsledků takovýchto průzkumů by mohli mimo jiné využít i osoby ve vedoucích funkcích, aby tak pomohli zajistit těmto pracovníkům takové pracovní zázemí, které by

přispívalo k jejich psychické pohodě a podporovalo je v jejich osobním i profesním růstu.

Seznam použitých zdrojů

- BALCAR, Karel. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983. 231 s. ISBN neuvedeno.
- CUNGI, Charly. *Jak zvládat stres: metody a praktická cvičení*. Praha: Portál, 2001. 205 s. ISBN: 80-7178-465-6.
- ČAČKA, Otto. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. Brno: Masarykova univerzita, 1997. 381 s. ISBN 80-85765-70-5.
- ČECHOVÁ, Věra a kol. *Speciální psychologie*. Brno: Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 174 s. ISBN: 80-7013_243-4.
- FONTANA, David. *Knihy meditačních technik*. Praha: Portál, 1998. 243 s. ISBN: 80-7178-258-0.
- GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese*. Praha: Triton, 2011. 198 s. ISBN: 978-80-7387-394-3.
- GOLDMANN, Radoslav. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2006. 131 s. ISBN: 80-244-1454-6.
- GUGGENBÜHL-CRAIG, Adolf. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2007. 113 s. ISBN: 978-80-7367-302-4.
- GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN: 978-80-247-3379-1.
- HAWKINS, Peter, SHOHET, Robin. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. 202 s. ISBN: 80-7178-715-9.
- HAYES, Nicky. *Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2003. 220 s. ISBN: 80-7178-807-4.
- HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Praha: Grada, 2011. 317 s. ISBN: 978-80-247-3037-0.
- HOMOLA, Miroslav. *Motivace lidského chování*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1972. 359 s. ISBN neuvedeno.
- HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013. 231 s. ISBN 978-80-7429-331-3.
- HRADILKOVÁ, Terezie, KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea, VACHULOVÁ, Jana. *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením: vybrané*

- příspěvky z kurzu „Poradce rané péče“*. Praha: Středisko rané péče Praha, 1998. 113 s. ISBN: 80-238-3267-0.
- JŮN, Hynek. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál, 2010. 141 s. ISBN: 978-80-7367-590-5.
- JURKOVIČOVÁ, Petra a kol. *Harmonizace přístupů k osobám se specifickými potřebami v kontextu členství České republiky v Evropské unii*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2008. 74 s. ISBN: 978-80-244-2103-2.
- KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007. 139 s. ISBN: 978-80-7367-299-7.
- KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření: funkční duševní porucha*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 23 s. ISBN: 80-7071-099-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. 131 s. ISBN: 80-7169-551-5.
- LUDÍKOVÁ, Libuše. *Edukace hluchoslepeho dítěte raného věku*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2001. 94 s. ISBN: 80-244-0250-5.
- MAJEROVÁ, Marie. *Stres, motivace a výkonnost*. Praha: Grada, 1997. 132 s. ISBN: 8071694258.
- MEARNS, Dave, THOME, Brian. *Terapie zaměřená na člověka pro využití v praxi*. Praha: Grada, 2013. 184 s. ISBN: 978-80-247-3881-9.
- MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. 207 s. ISBN: neuvedeno.
- MYRON, D. Rush. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. 129 s. ISBN: 80-7255-074-8.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1996. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton, 2011. 863 s. ISBN 978-80-7387-443-8.
- NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN: 80-7178-197-5.
- PUGNEROVÁ, Michaela. *Kapitoly z psychologie práce*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2006. ISBN: 80-244-1421-X.
- Raná péče: pokrok a vývoj 2005-2010*. Odense, Dánsko: Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání, 2010. 58 s. ISBN: 978-87-7110-057-0.

TOLAN, Janet. *Na osobu zaměřený přístup*. Praha: Portál, 2006. 223 s. ISBN: 80-7367-146-8.

VAŠTATKOVÁ, Jana, HOFERKOVÁ, Stanislava. *Příručka sociálního pracovníka*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2008. 230 s. ISBN: 978-80-244-1991-6.

VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. 159 s. ISBN: 978-80-262-0087-1.

Časopisy:

VACHULOVÁ, Jana. *Raná péče* in *Sociální služby*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 4/2014, Tábor. ISSN 1803-7348.

VACHULOVÁ, Jana. *Raná péče* in *Sociální služby*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 5/2014, Tábor. ISSN 1803-7348.

Kvalifikační práce:

KRÁLOVÁ, Lucie. *Syndrom burnout v pomáhajících profesích* [online]. České Budějovice, 2011 [cit. 7. 6. 2014]. Dostupné na [www: http://theses.cz/id/16dds1/Bakalarska_prace-Lucie_Krlov.pdf](http://theses.cz/id/16dds1/Bakalarska_prace-Lucie_Krlov.pdf). Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Mgr. Josef Hošek.

MATUŠKOVÁ, Lenka. *Syndrom vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením* [online]. Zlín, 2009 [cit. 7. 6. 2014]. Dostupné na [www: http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/9432/matu%C5%A1kov%C3%A1_2009_dp.pdf?sequence=1](http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/9432/matu%C5%A1kov%C3%A1_2009_dp.pdf?sequence=1). Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. PhDr. Pavel Opatrný.

PROKOPOVÁ, Lucie. *Syndrom vyhoření a jeho prevence u pracovníků v sociálních službách* [online]. Brno, 2011 [cit. 1. 6. 2014]. Dostupné na [www: http://is.muni.cz/th/366005/pedf_m/Syndrom_vyhoreni_a_jeho_prevence_u_pracovnik_u_v_socialnich_sluzbach.pdf](http://is.muni.cz/th/366005/pedf_m/Syndrom_vyhoreni_a_jeho_prevence_u_pracovnik_u_v_socialnich_sluzbach.pdf). Diplomová práce. Masarykova univerzita. PhDr. Mgr. Lucie Procházková Ph.D.

Internetové zdroje:

Společnost pro ranou péči – aktuální definice rané péče [online]. [ranapece.cz](http://www.ranapece.cz) [cit. 24. 5. 2014]. Dostupné na [www: http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee/aktualni-definice-rane-pee.html](http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee/aktualni-definice-rane-pee.html).

Společnost pro ranou péči – raná péče [online]. ranapece.cz [cit. 24. 5. 2014]. Dostupné na www: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html>.

Společnost pro ranou péči – standardy rané péče [online]. ranapece.cz [cit. 24. 5. 2014]. Dostupné na www: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/o-nas/43-standardyranapece-intervence2008.html>.

Úplné znění – 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. uplnezneni.cz [cit. 24. 5. 2014]. Dostupné na www: <http://www.uplnezneni.cz/zakon/108-2006-sb-o-socialnich-sluzbach/>

VACHULOVÁ, Jana. *Historie počátků rané péče v ČR se zvláštním zřetelem na ranou péči pro rodiny dětí s postižením zraku* [online]. ranapece.eu [cit. 24. 5. 2014]. Dostupné na www: <http://www.ranapece.eu/rana-pece/historie>.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – dotazník

Přílohy

Příloha č. 1 – dotazník:

Vážená kolegyně a vážený kolego,

touto cestou si Vás dovoluji laskavě požádat o spolupráci na mém projektu diplomové práce, jež se zabývá tématem syndromu vyhoření u poradců rané péče.

Jsem nyní studentkou speciální pedagogiky – se zaměřením na raný věk a téměř všechny mé poznatky jsou teoretického rázu. Zním obecné zásady práce s dětmi s postižením, učila jsem se jak efektivně komunikovat s rodiči, rozpoznat potřeby rodiny a zapamatovat si, co všechno je třeba vzít ve spolupráci s klienty v úvahu. Je zcela zřejmé, že při výkonu této záslužné profese na pracovníky kladeno velké množství často nelehkých požadavků, jejichž zvládnutí si žádá značnou psychickou odolnost. Jak to však funguje v praxi, přispívají okolní pracovní podmínky k psychické pohodě poradců?

Tato diplomová práce má za úkol zmapovat situaci při (ne) zajištění těchto příznivých podmínek, proto bych chtěla požádat o pomoc na její realizaci právě Vás, kteří tuto práci vykováte.

Touto spoluprací mám na mysli vyplnění krátkého anonymního dotazníku, který si klade za cíl zjistit Váš názor, jenž se týká výše zmíněné oblasti. Samotné vyplňování by nemělo zabrat více než 15 minut Vašeho času. Dotazník lze vyplnit po kliknutí na následující odkaz: <http://syndrom-vyhoreni-u-poradcu-r.vyplnto.cz/>.

Poprosím Vás o vyplnění dotazníku do 25. 5. 2014.

Výsledku průzkumu a celá diplomová práce budou veřejně přístupné na internetové adrese www.theses.cz po zadání hesla „Syndrom vyhoření u pracovníků rané péče“ do vyhledávače. Tyto výsledky zde budou přístupny od července 2014.

Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci.

Bc. Hana Pešková, studentka 5. ročníku Univerzity Palackého v Olomouci, obor Speciální pedagogika – raný věk

1. Jsem unaven(á):

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

2. Jsem v depresi (tísni):

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

3. Prožívám krásné dny:

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

4. Jsem tělesně vyčerpan(a):

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

5. Jsem citově vyčerpan(a):

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

6. Jsem šťasten (šťastná):

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

7. Cítím se vyřízen(á), zničen(á):

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

8. Nemůžu se vzchopit a pokračovat dále:

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

9. Jsem nešťastný (nešťastná):

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

10. Cítím se uhoněn(á) a utahaný(á):

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

11. Cítím se jakoby uvězněn(á) v pasti:

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

12. Cítím se jako bezcenný(á):

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

13. Cítím se utrápen(á):

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

14. Tíží mě starosti:

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

15. Cítím se zklamaný(á) a rozčarovaný(á):

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

16. Jsem slabý(á) a k nejlepší cestě k onemocnění:

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

17. Cítím se beznadějně:

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

18. Cítím se odmítnut(á) a odstrčen(á):

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

19. Cítím se pln(á) optimismu:

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

20. Cítím se pln(á) energie:

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

21. Jsem pln(á) úzkosti a obav:

- a) nikdy b) jednou za čas c) zřídka kdy d) někdy
e) často f) obvykle g) vždy

22. Naplňuje Vás Vaše zaměstnání?

- a) plně naplňuje b) částečně naplňuje c) nenaplňuje

23. Uvažujete o změně zaměstnání?

- a) ano b) ne c) nevím

24. Domníváte se, že má Vaše práce smysl?

- a) ano b) ne c) nevím

25. Myslíte si, že svou práci vykonáváte dobře?

- a) ano b) ne c) nevím

26. Do jaké míry se cítíte za svou práci finančně oceněn(á)?

- a) dostatečně b) přiměřeně c) nedostatečně

27. Která z níže uvedených pracovních činností je pro Vás nejvíce stresující?

- a) administrativní činnost b) práce s dítětem c) práce s rodiči
d) práce s širší rodinou e) příprava na návštěvu v rodině (chystání věcí, vymýšlení činností apod.)
f) spolupráce s dalšími odborníky g) jiná

28. Které z níže uvedených činností věnujete v rámci své pracovní doby nejvíce času?

- a) administrativní činnost b) práce s dítětem c) práce s rodiči
d) práce s širší rodinou e) příprava na návštěvu v rodině (chystání věcí, vymýšlení činností apod.)
f) spolupráce s dalšími odborníky g) jiná

29. Které z níže uvedených činností věnujete v rámci své pracovní doby nejméně času?

- a) administrativní činnost b) práce s dítětem c) práce s rodiči
d) práce s širší rodinou e) příprava na návštěvu v rodině (chystání věcí, vymýšlení činností apod.)
f) spolupráce s dalšími odborníky g) jiná

30. Vyhovuje Vám počet klientů, se kterými pracujete?

- a) ano b) ne - je jich málo c) ne – je jich mnoho d) nevím

31. Probíhají ve Vašem zařízení odborné supervize?

- a) ano b) ne
c) neznám význam slova „supervize“

32. Jste:

- a) muž b) žena

33. Jak dlouho jste zaměstnaný(á) jako poradce rané péče?

- a) méně než 2 roky b) 2 - 5 let c) 6 - 10 let d) 11 a více let

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Hana Pešková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. Mgr. et. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Syndrom vyhoření u pracovníků rané péče
Název v angličtině:	Burnout of early care workers
Anotace práce:	Tato diplomová práce se zabývá syndromem vyhoření u pracovníků rané péče. Cílem teoretické části je objasnit základní pojmy týkající se náročných životních situací, problematiky pomáhajících profesí, syndromu vyhoření a rané péče jako služby. Průzkumné šetření se zabývá mírou ohrožení syndromem vyhoření u pracovníků rané péče a ověřuje souvislost mezi mírou ohrožení a vybranými faktory.
Klíčová slova:	syndrom vyhoření, raná péče, poradce rané péče
Anotace v angličtině:	This master thesis deals with the issue of burnout by early care workers. The aim of the theoretical part of this study is to clarify the basic concepts related to difficult situations of life, issue of helping professions, burnout and early care as a service. The research finds the rate of threat to burnout of early care workers and verifies the links between the rate of threat to burnout and selected factors.
Klíčová slova v angličtině:	burnout, early care, early care worker
Přílohy vázané v práci:	1 příloha - dotazník
Rozsah práce:	80 s.
Jazyk práce:	český